RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016





La présentation d'un rapport d'activité est un moment important dans la vie d'une structure car elle permet un bilan des actions menées grâce à l'investissement quotidien de ses agents et la coopération forte de tous les acteurs de la région.

Ayant pris mes fonctions en février 2017, ce travail réalisé tout au long de l'année 2016 est le résultat d'une première année d'existence de l'ARS de Normandie dirigée par Monique RICOMES. Il n'est donc pas le mien mais je ne peux m'empêcher de m'associer pleinement à la qualité de ce bilan et de m'en féliciter.

En 2016, l'ARS de Normandie a engagé une profonde transformation passant en quelques mois de deux Agences en une seule. La réforme territoriale a modifié des repères, a changé les organisations, a permis de revoir nos modes de fonctionnement. Toutes les équipes de l'ARS ont montré leur capacité à évoluer, à mettre en place cette nouvelle ARS et faire en sorte qu'elle soit au rendez-vous de la santé des normands et je les en remercie très sincèrement.

L'ARS de Normandie n'a pas perdu de vue ses missions et ses objectifs, confiés par la loi Hôpital santé territoire de 2009 : réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, améliorer l'espérance de vie en bonne santé des normands et garantir un système de santé de qualité, accessible et efficient sur tout le territoire.

Cette année 2016 a été riche et dense en évènements, de nombreux chantiers et dossiers ont franchi des étapes importantes, ont pu arriver à leur terme ou ont enregistré des avancées significatives.

Les actions de l'ARS ont été portées par l'ensemble de ses 5 sites : Alençon, Caen, Evreux, Rouen, Saint-Lô.

Enfin dès 2016, l'ARS a engagé avec l'ensemble de ses partenaires les travaux d'élaboration du projet régional de santé de Normandie qui se concrétisera au cours de l'année 2017.

Bonne lecture.

Christine GARDEL
Directrice générale de l'ARS de Normandie



SOMMAIRE

LA SANTÉ DES NORMANDS #1

P6 1.1 Faits marquants
P8 1.2 Contexte régional
P10 1.3 Fonds d'intervention régional

L'ARS EN ACTIONS #2

P14 2.1 Piloter le système de santé
P16 2.2 Organiser et réguler l'offre de santé
P38 2.3 Protéger la population contre les risques pour la santé
P44 2.4 Promouvoir l'amélioration de la santé
P48 2.5 Favoriser la démocratie sanitaire
P50 2.6 Animer la politique de santé dans les territoires

SE DONNER LES MOYENS D'AGIR #3

P56 3.1 L'organigramme
P58 3.2 Les ressources humaines
P59 3.3 Le dialogue social
P60 3.4 Le budget de l'Agence
P61 3.5 Le contrôle de gestion
P61 3.6 Les systèmes d'information
P62 3.7 La logistique
P62 3.8 Les achats/frais de déplacement

#1

LA SANTÉ
DES NORMANDS

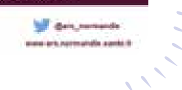
Faits marquants

Contexte régional

Fonds d'intervention régional

1.1 Faits marquants









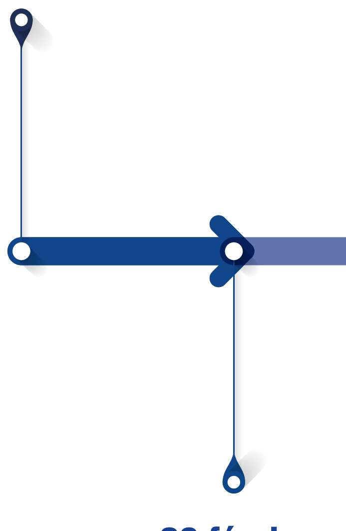
1er janvier
Création
de l'ARS
de Normandie

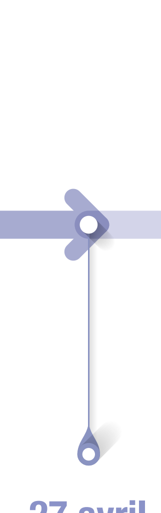
24 mars
Signature de
la charte Romain
Jacob

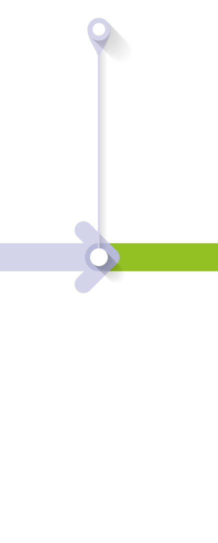
12 mai
Débat public
« Ma santé demain »

18 mai
Premier Conseil
de surveillance de l'ARS
de Normandie

26 mai
Journée régionale
hémovigilance







26 février
Première réunion
régionale de prévention
sur les conduites
addictives

27 avril
Ouverture
du pollinarium
sentinelle®
du Havre

7 juin
Journée technique sur
les bio déchets et le
gaspillage alimentaire

7 juin
Réunion d'information
régionale à destination
des établissements
de santé



30 juin
Signature
du Contrat
local de
santé
de la Cape



1er Juillet
Onze groupements hospitaliers de territoire en Normandie

5 juillet
Installation de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA)

23 septembre
Inauguration du FAM de Verson



10 octobre
Assemblée générale des personnels

13 octobre
L'ARS et la DREAL se mobilisent dans la lutte contre l'habitat indigne

18 octobre
Séminaire PRS / Démocratie sanitaire

27 octobre
L'ARS de Normandie arrête ses sept territoires de démocratie sanitaire



3 novembre
4e Rencontre de la santé « L'accès aux soins et à la santé pour tous »







1er décembre
Départ de Monique RICOMES, DG ARS de Normandie

31 décembre
L'ARS de Normandie arrête la composition des conseils territoriaux de santé

1.2 Contexte régional

NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS/SERVICES POUR PERSONNES HANDICAPÉES

522

ADULTES 368
ENFANTS 154

NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

197

PUBLICS 81
PRIVÉS 116

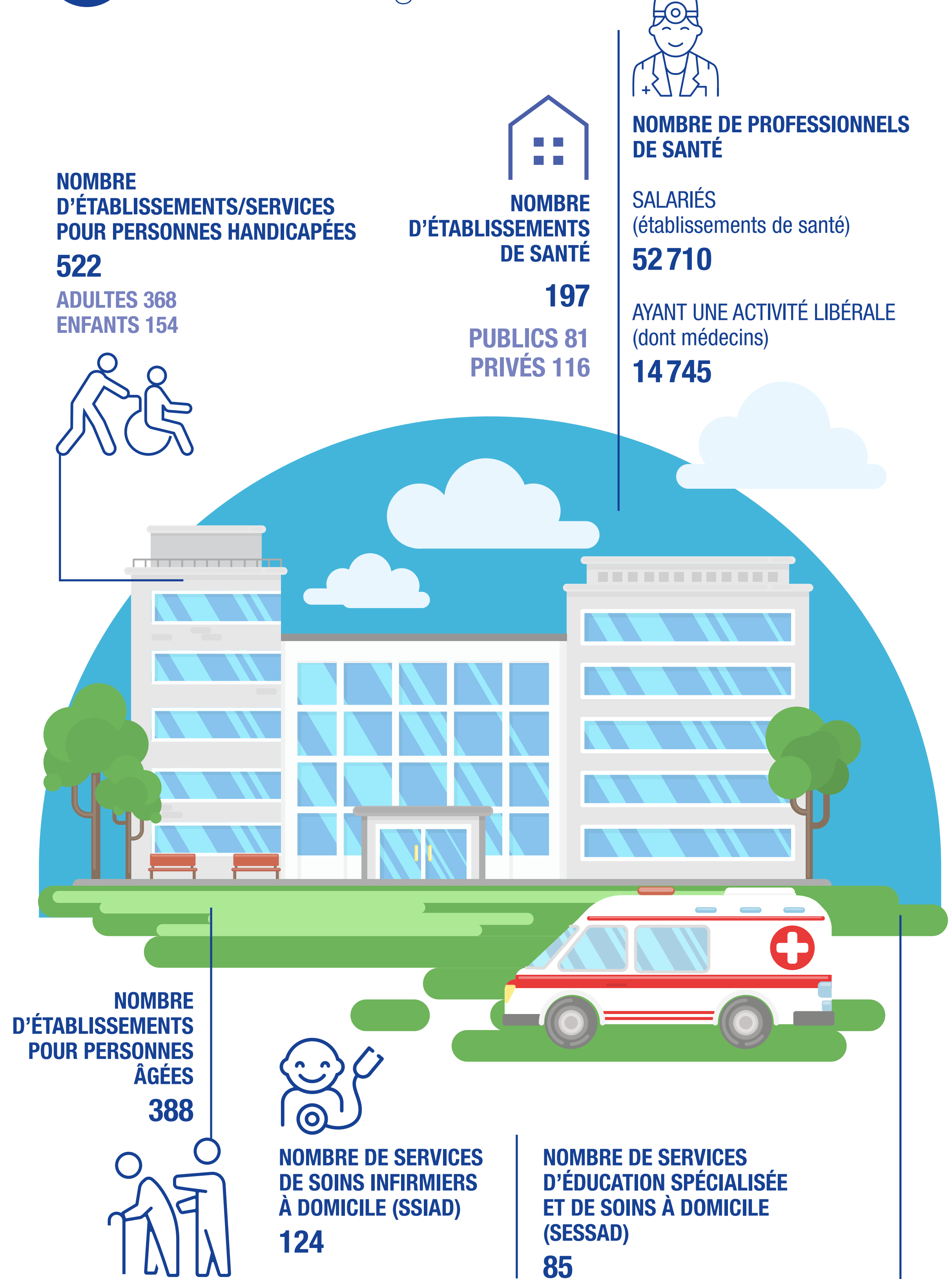
NOMBRE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

SALARIÉS (établissements de santé)

52 710

AYANT UNE ACTIVITÉ LIBÉRALE (dont médecins)

14 745



NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES

388

NOMBRE DE SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE (SSIAD)

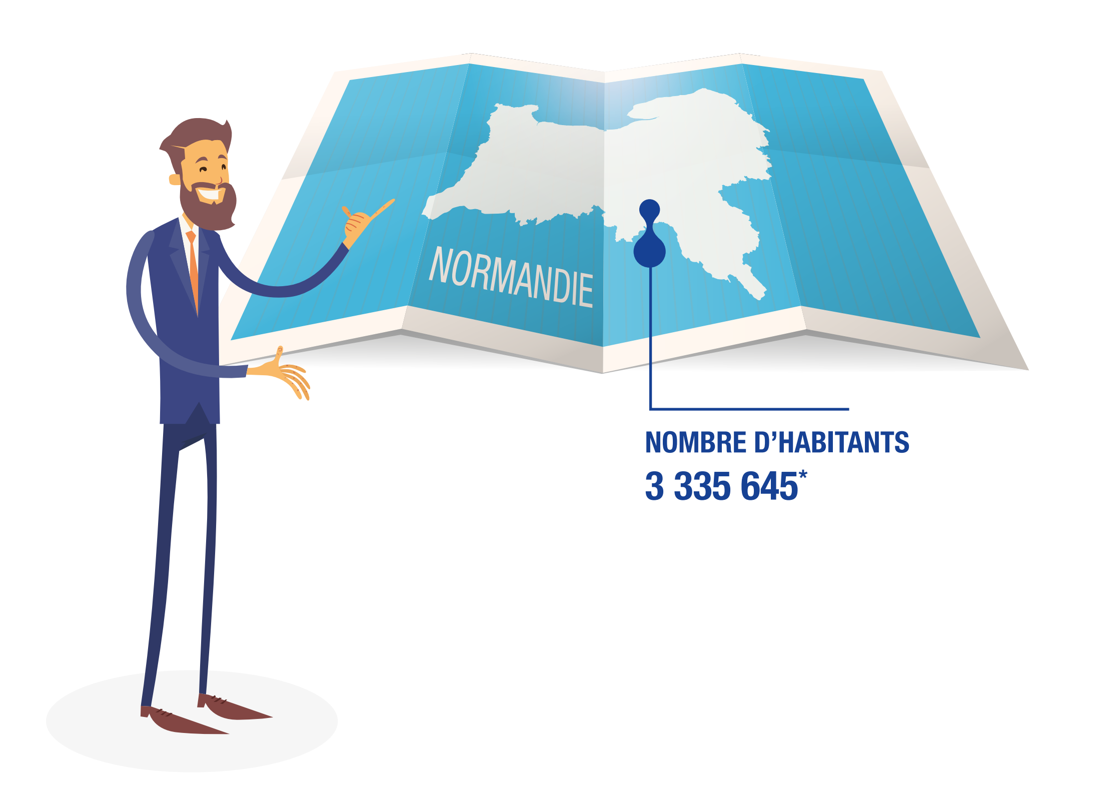
124

NOMBRE DE SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE ET DE SOINS À DOMICILE (SESSAD)

85

NOMBRE DE PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) AUTORISÉS

174



Les missions de l'Agence régionale de santé

- Le pilotage de la santé publique au niveau régional
- La régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social afin :
  - d'améliorer la santé de la population,
  - d'accroître l'efficacité du système de santé.

Ses principaux domaines d'intervention

- La prévention et la promotion de la santé
- La veille et la sécurité sanitaires
- L'organisation de l'offre de soins pour le secteur soins de ville, les établissements de santé (hôpitaux, cliniques), les structures médico-sociales (structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées…) ou intervenants à domicile.

* Source : Insee - Recensement 2014

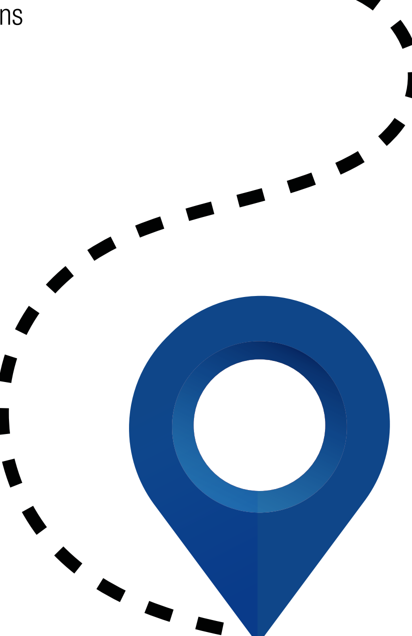
1.3 Fonds d'intervention régional

Le Fonds d'intervention régional (FIR) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) en 2012 (art. 62) afin de donner aux ARS une plus grande souplesse transversale dans la gestion de certains crédits au service de la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé. Le FIR constitue donc le levier financier privilégié pour soutenir les actions de transformation du système de santé conformément à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

En application de l'article 56 de la LFSS pour 2015, la gestion comptable et financière du FIR est transférée depuis le 1er janvier 2016 aux ARS dans le cadre des budgets annexes prévus à l'article L.1432-5 du code de la sécurité sociale. Les ARS assurent donc le suivi budgétaire et comptable ainsi que les paiements de la totalité des crédits FIR à l'exclusion des paiements réalisés directement auprès des professionnels de santé.

En 2016, les projets financés dans le cadre du FIR répondent aux priorités identifiées dans le cadre de la feuille de route stratégique dont l'ARS de Normandie s'est dotée :

- Renforcer la prévention et la promotion de la santé :
  Par exemple : extension du projet Vigilans à l'ensemble des territoires
- Faciliter au quotidien le parcours de santé des Normands :
  Par exemple : évaluation et déploiement du dispositif PSLA
- Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé :
  Par exemple : déploiement de la conciliation médicamenteuse
- Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire :
  Par exemple : accompagnement des restructurations de l'offre hospitalière



MISSION 1	MISSION 2	MISSION 3	MISSION 4	MISSION 5
Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	Développement de la démocratie sanitaire
22 588 003 €	**45 347 343 €**	**37 944 830 €**	**57 209 467 €**	**162 453 €**
13,84 %	**27,78 %**	**23,24 %**	**35,04 %**	**0,10 %**

TOTAL 163 252 097 €

Un rapport d'activité du FIR sera prochainement publié pour l'année 2016.

#2

L'ARS
EN ACTIONS

Piloter le système de santé

Organiser et réguler l'offre de santé

Protéger la population contre les risques pour la santé

Promouvoir l'amélioration de la santé

Favoriser la démocratie sanitaire

Animer la politique de santé dans les territoires



2.1 Piloter le système de santé

Vers un Projet régional de santé (PRS) normand

L'ARS de Normandie a lancé au premier semestre 2016 deux grands chantiers :

- L'évaluation des besoins de santé, de l'offre en santé et du recours pilotée par le pôle études, statistiques et aide à la décision de la direction de la Stratégie ;
- L'évaluation de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des PRS I dans les deux ex-régions afin de dégager des bases communes nous permettant d'élaborer le PRS II normand.

Sur la base de cette évaluation et des recommandations formulées, l'ARS a dégagé six principes directeurs relatifs à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRS II : soutenir le management interne, accompagner les territoires, tenir compte de l'existant, prendre appui sur la connaissance et sur l'observation, s'articuler avec les partenaires, être en capacité d'animation.

L'ARS a également fait le choix d'afficher une approche par déterminants de santé dans laquelle la notion de parcours sera essentielle.

Travaux préparatoires au PRS 2

1. Deux séminaires régionaux (agents de l'ARS d'une part et acteurs de la démocratie en santé d'autre part) ont été organisés en octobre 2016 afin d'enrichir les principes directeurs évoqués ci-dessus.

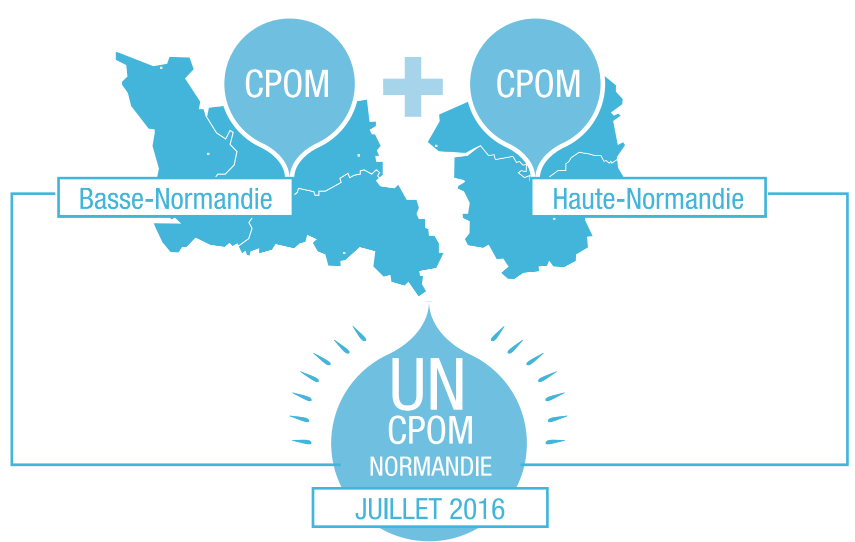
2. Les travaux des séminaires et les études relatives aux besoins de santé, à l'offre et aux recours ont permis d'objectiver la situation normande. Six parcours prioritaires ont été définis :
   - Personnes âgées en perte d'autonomie
   - Personnes en situation de handicap
   - Cancer
   - Périnatalité et développement de l'enfant
   - Santé mentale
   - Maladies chroniques (insuffisance cardiaque et asthme-BPCO)

À la demande de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), un septième parcours prioritaire a été identifié : le parcours de santé de l'enfant et du jeune.

Compte-tenu des délais contraints, du fait que de nombreux travaux liés à l'élaboration du PRS normand ont été réalisés, sont engagés ou se poursuivent, une approche « agile » sous la forme d'une démarche itérative et incrémentielle a été privilégiée. Cette méthodologie permet également de construire le PRS avec les représentants de la démocratie en santé (Conseils territoriaux de santé et CRSA).

Le CPOM Etat/ARS de Normandie

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) engage l'ARS auprès du Conseil national de pilotage (CNP) sur l'exécution et l'évaluation de ses actions.
L'enjeu, en 2016, a été de rapprocher les deux CPOM préexistants de Haute-Normandie et de Basse-Normandie pour n'en faire qu'un. Celui-ci a été signé, dans sa version normande, en juillet 2016.



Le CPOM s'articule autour des objectifs prioritaires transversaux (incluant le plan triennal, dont les objectifs sont majoritairement communs avec l'Assurance maladie), en explicitant la stratégie adoptée.

Les indicateurs permettent de mesurer et d'objectiver ces actions autour de cinq objectifs stratégiques :

1. Maîtriser les dépenses et renforcer la performance médico-économique des acteurs de santé
2. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge
3. Garantir la continuité et l'égal accès au système de santé
4. Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de la santé
5. Garantir une bonne gestion des ressources en ARS

Il fait l'objet annuellement d'un état d'avancement et d'un bilan entre les niveaux régionaux et nationaux.

2.2 Organiser et réguler l'offre de santé

Réguler l'offre de soins hospitalière

CRÉATION DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRES (GHT)

L'ARS a été mobilisée en 2016 pour garantir le déploiement des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) au sein de la région Normandie. Les GHT regroupent des Établissements publics de santé (EPS) autour d'un projet médical et d'un projet de soins partagés qui doit permettre l'élaboration d'une offre de soins graduée sur les filières de prises en charge des établissements. Les GHT doivent également permettre la rationalisation de certaines fonctions supports des EPS (achats, systèmes d'information, département d'information médicale, formation) en organisant leur mutualisation au sein d'un même GHT. La concertation menée avec les établissements a conduit à la création le 1er juillet 2016 de 11 GHT en Normandie, dont les conventions constitutives initiales ont toutes été approuvées par l'ARS. Les conseils de surveillance ont par ailleurs désigné dans chaque GHT un établissement support. 11 établissements médico-sociaux publics ont souhaité intégrer un GHT bien que leur adhésion était facultative. L'analyse des projets médicaux partagés et l'accompagnement des GHT à la mise en œuvre de la mutualisation de leurs fonctions supports fait l'objet d'un travail transversal au sein des différentes directions de l'ARS.



PROJET DE 6e RÉVISION 2016 DU SROS-PRS EN BASSE-NORMANDIE

Le projet de 6e révision du SROS constitue la synthèse des travaux conduits depuis 2015 sur la recomposition de l'offre de soins hospitalière en ex-Basse-Normandie. Il fixe des orientations stratégiques sur la réorganisation de l'offre de soins hospitalière qu'il faut poursuivre pour garantir le maintien de la sécurité et de la qualité des soins au service de l'ensemble de la population. En s'intégrant au sein du PRS, ce projet de révision du SROS constitue un outil de planification à l'échéance du PRS bas-normand et trace une perspective à l'horizon 2025.

Ce **projet de 6e** révision, volet hospitalier a été présenté le 9 juin devant la CSOS et le 27 juin 2016 devant la CRSA.

Les travaux de concertation menés en 2015 ont permis de dégager trois principes clés d'organisation qui doivent guider les recompositions hospitalières et l'évolution des implantations qu'elles nécessitent :

- revisiter l'équilibre proximité / qualité-sécurité des plateaux techniques hospitaliers (chirurgie, périnatalité, médecine-HAD, cancérologie, SSR) ;
- garantir la réponse à l'urgence pour tous (structures d'urgence, SAMU, SMUR, PDS) ;
- faire émerger de nouvelles formes de coopérations.

OUVERTURE DES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMÉS À VALOGNES ET AUNAY-SUR-ODON

Compte tenu des difficultés de démographie médicale importantes sur l'ensemble des spécialités, en particulier en matière de médecine d'urgences, l'ARS a décidé de piloter des travaux visant à identifier les prérequis, les leviers, les actions à conduire pour permettre une expérimentation de centre de soins non programmés (CSNP) par transformation de structure d'urgence.

Un appel à candidatures a été lancé en janvier 2016 pour la création à titre expérimental de CSNP, à l'attention des établissements de santé en cours de recomposition de leur autorisation d'activité de soins de médecine d'urgences - modalité structure d'urgence.

Les territoires concernés par cette expérimentation étaient les territoires de santé Calvados, Manche et Orne. Le Centre hospitalier d'Aunay-sur-Odon et le Centre hospitalier public du Cotentin pour le site de Valognes ont déposé un dossier de candidature pour la transformation de leur structure des urgences en CSNP. Ces candidatures ont été retenues et les CSNP ont ouvert le 7 mars pour le CHPC et le 29 mars pour le CH d'Aunay-sur-Odon.

Ces expérimentations font l'objet de suivis quadrimestriels qui montrent des niveaux d'activité conformes à ceux envisagés tout comme le fonctionnement et la nature des soins délivrés. Ces dispositifs permettent donc de garantir l'accès à des soins non programmés en proximité.

Compte tenu du caractère expérimental et innovant du dispositif, ces CSNP bénéficient d'un accompagnement financier de l'ARS de Normandie au titre du fonds d'intervention régional (FIR).

PERFORMANCE / SUIVI BUDGÉTAIRE

Les établissements de santé de la région sont, pour certains et compte tenu des enjeux de santé publique et financiers, suivis par le Comité pour la performance et la modernisation de l'offre hospitalière (COPERMO).

Ce suivi est double et concerne à la fois :

en COPERMO « investissement » : le CHU de Rouen (territoire de santé de Rouen Elbeuf) et le CHU de Caen (territoire de santé du Calvados).

en COPERMO « performance » : le CHU de Caen, le CHPC (centre hospitalier public du Cotentin), le CHICAM (centre hospitalier intercommunal Alençon-Mamers), le CHAG (Centre hospitalier Avranches-Granville), le CH de Flers.

Le projet de reconstruction du CHU de Caen a été validé en COPERMO en décembre 2016.

Avec les établissements suivis sur le volet « performance », l'ARS a établi un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) (CHU de Caen, CHPC, CHICAM), permettant d'objectiver et de suivre la réalisation de nombreuses actions, dont l'ambition est l'amélioration de la trajectoire de retour à l'équilibre financier, de la qualité et de la sécurité des soins.

L'année 2016 a également été marquée par l'intégration du CH de Flers au périmètre du COPERMO performance.

Par ailleurs, l'ARS de Normandie a également organisé des dialogues de gestion avec certains établissements de santé de la région présentant des enjeux forts en matière de retour à l'équilibre.

RECONSTRUCTION DU CHU DE CAEN

Le CHU de Caen est un établissement de santé confronté à des problématiques de sécurité majeures : amiante, sécurité incendie (IGH 23 étages), installations techniques vétustes. Ces éléments justifient l'opportunité d'une reconstruction, jugée indispensable.

L'établissement a très nettement redressé une situation financière dégradée par des mesures de gestion fortes, permettant de conforter la trajectoire de retour à l'équilibre financier du CHU, conformément au plan d'actions validé par le COPERMO, et de disposer de capacités de gestion, afin de conduire cette opération majeure de reconstruction.

Aussi, après instruction du dossier par le COPERMO et une contre-expertise indépendante menée par le Commissariat général à l'investissement (CGI), la ministre des Affaires Sociales et de la Santé a annoncé le 16 décembre 2016 la validation du projet de reconstruction du Centre hospitalier universitaire de Caen. Cette validation fait suite à de nombreux travaux préparatoires des équipes de l'ARS et du CHU, ayant permis de finaliser en 2016 l'évaluation socio-économique préalable du projet de reconstruction. Le projet d'un montant de 501 M€ sera accompagné par une aide financière de l'État d'un montant de 350 M€. Cette opération prévoit notamment la reconstruction sur le site Côte de Nacre d'un ensemble hospitalier de plus de 110 000 m². Axé sur un fort développement de la pratique ambulatoire et une performance des organisations, le projet permet d'optimiser fortement les capacités hospitalières avec une diminution de près de 25 % des capacités d'hospitalisation complète et une augmentation de 30 % des places destinées aux prises en charge en hôpital de jour. La mise en service du nouveau CHU est prévue pour 2026. Ce nouvel hôpital permettra de bénéficier d'un établissement hospitalo-universitaire moderne et au confort optimal, au bénéfice de la population normande.

BILAN D'ACTIVITÉ 2016 AUTORISATIONS ET VISITES DE CONFORMITÉ

Autorisations et renouvellements d'autorisation soumis à CSOS

Au cours de l'année 2016, la CSOS a rendu 29 avis (26 favorables, 3 défavorables) sur des demandes d'autorisation de la part des offreurs de soins de la région ; sur les 29 demandes examinées en CSOS, 14 d'entre elles concernent des activités de soins et 15 concernent des équipements matériels lourds.

Après avis de la CSOS sur ces 29 demandes, les décisions de l'ARS ont été les suivantes : 21 décisions d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation, 4 rejets de nouvelles demandes, 3 refus de renouvellement et un retrait d'autorisation.

Renouvellements tacites d'autorisation

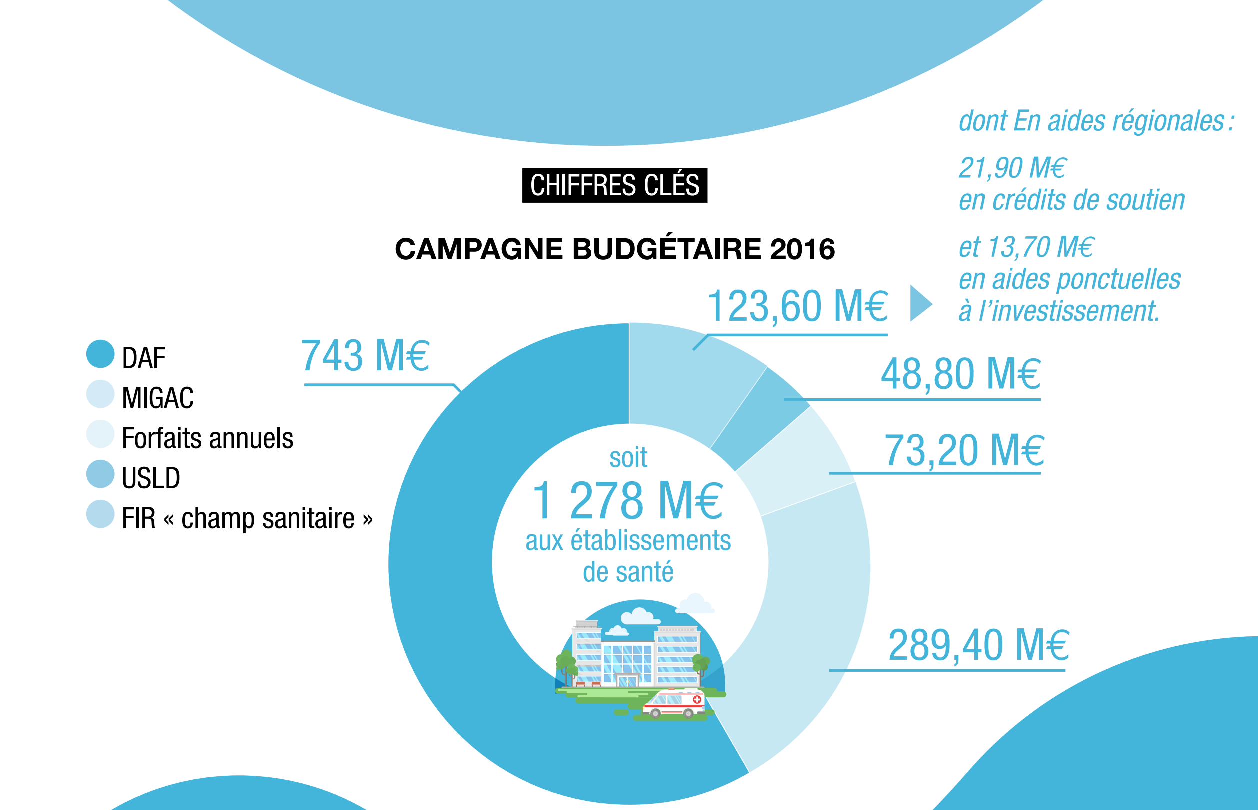
Au cours de l'année 2016, sur les 162 demandes déposées auprès de l'ARS de Normandie en vue d'un renouvellement tacite d'autorisation, 157 ont fait l'objet d'un renouvellement tacite et 5 ont donné lieu à une injonction de déposer un dossier complet avec passage en CSOS.

La très grande majorité (90 %) des demandes de renouvellement tacite déposées concernait des activités de soins, 10 % des demandes concernant un équipement matériel lourd (scanner, appareil d'IRM ou caméra à scintillation).

Parmi les activités de soins renouvelées en 2016, les plus importantes (en nombre de dossiers traités) sont les activités de soins de chirurgie (chirurgie en hospitalisation complète ou anesthésie ou chirurgie ambulatoires), de médecine d'urgence, de gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale, de médecine (en hospitalisation complète ou en hospitalisation à temps partiel de jour), de réanimation (dont 10 la réanimation adulte et pour la réanimation pédiatrique), de psychiatrie et d'HAD.

CHIFFRES CLÉS

CAMPAGNE BUDGÉTAIRE 2016



Contribuer à l'implantation et à l'organisation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux dans les territoires

ASSISTANTS SPÉCIALISTES RÉGIONAUX EN NORMANDIE

Dans le cadre de sa politique de soutien à la démographie médicale, l'ARS contribue au financement de postes d'Assistants spécialistes régionaux (ASR). Les postes d'ASR sont proposés à de jeunes docteurs en médecine qui ont le plus souvent effectué leur internat dans la région. Le statut d'ASR permet au professionnel, sur une durée de 2 ans, d'une part de compléter sa formation pour acquérir des compétences supplémentaires et d'autre part de renforcer les équipes médicales des établissements. Dans cet esprit, les ASR partagent leur temps entre un centre hospitalier universitaire et un centre hospitalier général.

Le FIR a notamment été mobilisé en 2016 à hauteur de 3,20 M€ pour participer au financement de 76 postes d'ASR. Ce dispositif vient compléter l'offre de post-internat existante (chefs de clinique, assistants spécialistes de CHU,…) et permet de fidéliser les jeunes médecins en région. Les enquêtes menées ont permis de montrer que plus de 75 % des ASR restent en Normandie à l'issue de leurs deux années, permettant ainsi de renforcer l'offre de soins régionale.

Le dispositif sera reconduit en 2017, en lien étroit entre l'ARS, les deux CHU et les deux facultés de médecine.



LES PROTOCOLES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

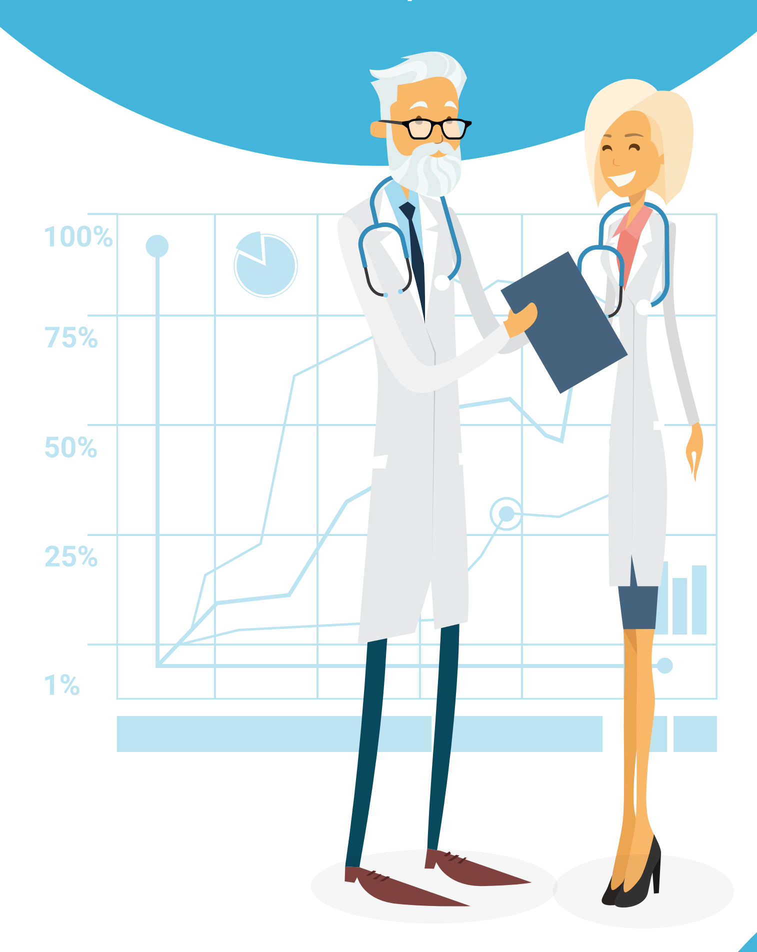
Depuis la loi HPST, les professionnels de santé peuvent élaborer et/ou mettre en œuvre des protocoles de coopération qui ont pour objet, à titre dérogatoire aux conditions légales d'exercice, d'opérer des transferts d'activités ou d'actes de soins entre eux.

Les protocoles de coopération précisent comment ces professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient afin d'optimiser sa prise en charge.

En 2016, 18 protocoles de coopération entre professionnels de santé sont autorisés en Normandie, un protocole est en cours d'instruction à la HAS. Sept protocoles ont été portés par des équipes régionales. Douze protocoles sont mis en œuvre par ***29 équipes différentes qui représentent 129 délégants et 66 délégués.***
Les délégants sont des médecins radiologues, urologues, cardiologues, endocrinologues, ophtalmologistes et des médecins généralistes. Les délégués sont principalement des infirmiers, des manipulateurs en électroradiologie médicale et des orthoptistes.

La mise en œuvre des protocoles de coopération a permis d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques, l'accès aux bilans visuels, la vaccination des populations précaires. Elle a favorisé la réduction des délais d'examens dans de nombreux domaines, échographies, bilans urodynamiques, échocardiographies, bilans oculaires.

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé sont un des leviers possibles pour optimiser les parcours de soins et faire évoluer l'exercice des professionnels de santé.



DÉVELOPPEMENT D'EXERCICE PLURIDISCIPLINAIRE COORDONNÉ ET REGROUPÉ (PSLA/MSP)

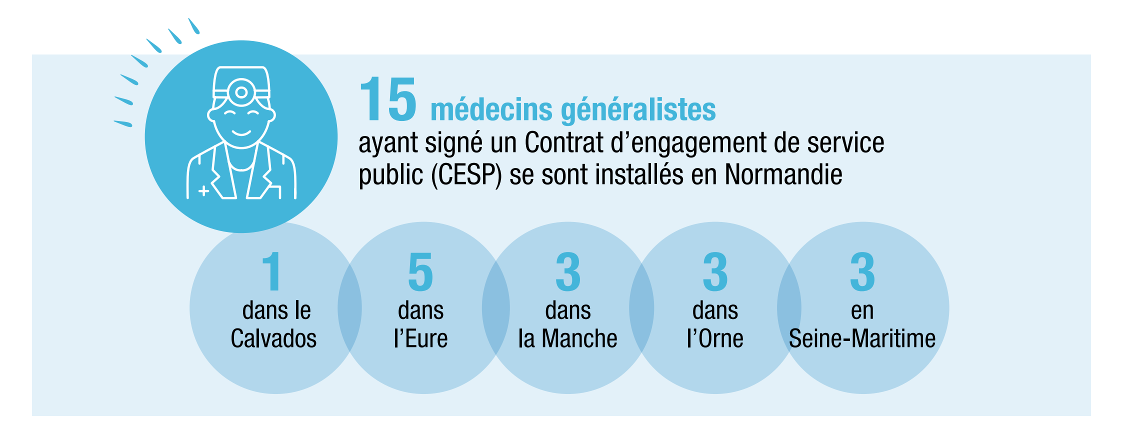
La Normandie compte aujourd'hui 76 structures type Pôle de santé libéral ambulatoire (PSLA) ou Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ouvertes, en construction ou en ingénierie regroupant 876 professionnels de santé de 1er recours.

	NOMBRE DE PROFESSIONNELS EXERÇANT EN PSLA/MSP	DONT % DE L'EXERCICE LIBÉRAL EXERÇANT EN PSLA/MSP
Médecins généralistes	242	9,65 %
Chirurgiens-dentistes	29	2,59 %
Sages-femmes	19	1,73 %
Infirmiers	264	8,64 %
Masseurs-kinésithérapeutes	101	5,14 %
Orthophonistes	47	3,69 %
Pédicures-podologues	50	5,85 %
Diététiciens	25	
Orthoptistes	4	1,9 %

A noter, 55 pharmaciens ont intégré des projets de santé de PSLA/MSP (mais pas l'entité physique).

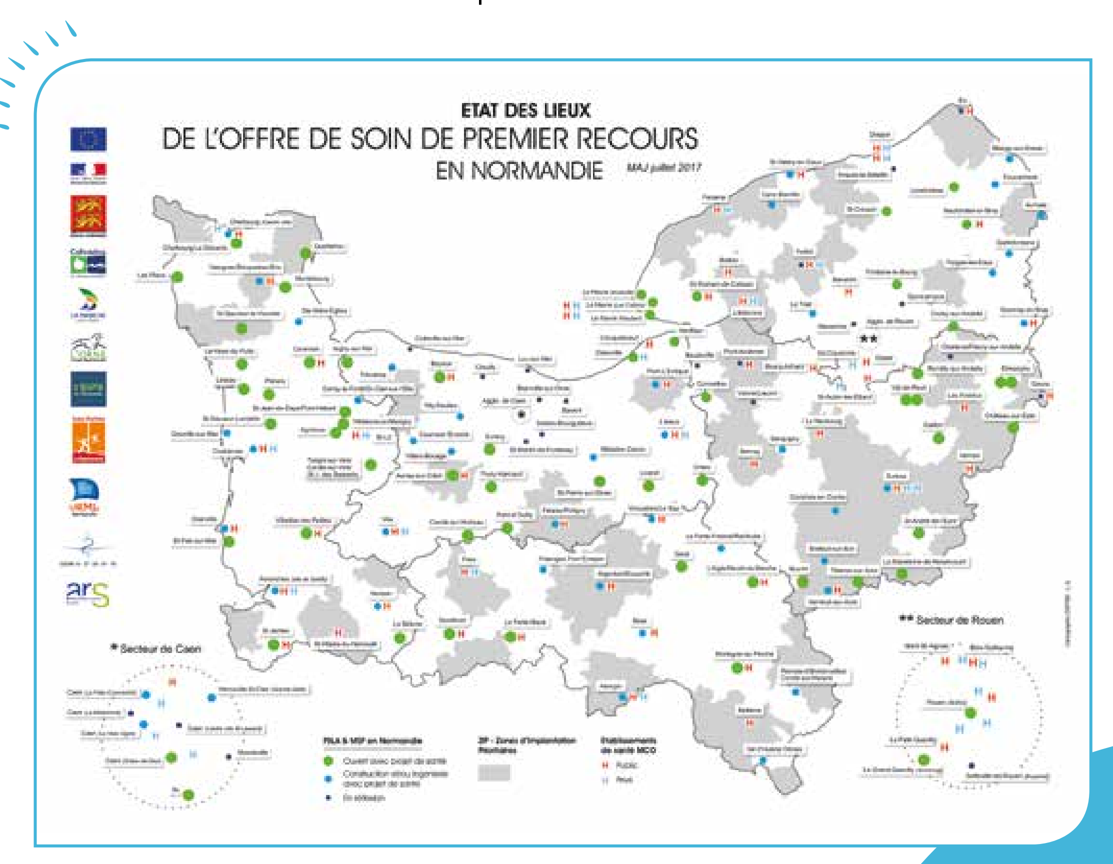
Ces structures regroupent également 67 professionnels de santé du 2nd recours : 1 dermatologue, 3 ORL, 8 gynécologues, 4 ophtalmologistes, 2 pédiatres, 5 psychiatres, 1 rhumatologue et 43 autres spécialités médicales ; ainsi que des professionnels non médicaux ni paramédicaux ; 2 sophrologues ; 22 psychologues et 6 ostéopathes.

Des partenaires sont présents sur les structures comme les SSIAD, les CLIC, des centres de santé infirmiers ou dentaires.





L'année 2016 a vu la mise en place de la préfiguration des instances de la Charte PSLA à l'échelle de la Normandie notamment le bureau préfigurateur PSLA en charge de la rédaction de la nouvelle Charte PSLA en lien avec l'évaluation de la politique partenariale régionale de déploiement des PSLA en Basse-Normandie. Le bureau PSLA a également élaboré, en lien avec les cinq Conseils départementaux de l'ordre des médecins et les services statistiques de l'ARS de Normandie, la nouvelle carte des zones d'interventions prioritaires.



Offrir un accompagnement au long cours pour favoriser l'autonomie des personnes âgées et handicapées

L'ACCOMPAGNEMENT ET LE MAINTIEN AU DOMICILE : UNE PRIORITÉ POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Dans le prolongement de la Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'ARS s'est impliquée en 2016 en collaboration avec les Conseils départementaux dans toutes les politiques favorisant et articulant les offreurs du maintien à domicile. Cette politique s'est traduite par la mise en place d'un groupe de travail normand pour l'élaboration de bonnes pratiques professionnelles pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et par l'installation d'un comité de pilotage de refondation des services à domicile réunissant institutions (Conseils, Départementaux, DIRECCTE, CARSAT, Assurance Maladie), représentants des structures d'aides à domicile et usagers.

Le comité de pilotage a rendu un avis sur les deux démarches suivantes :

1. Le fonds de restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Ce fonds régional exceptionnel et non pérenne d'un montant 1 408 854 € a bénéficié à vingt-cinq structures de l'aide à domicile à la suite du lancement d'un appel à candidatures. Cette aide répond à l'impératif de poursuivre la restructuration et la modernisation des SAAD et d'inscrire leurs activités dans la durée. Elle vise également à positionner les SAAD dans des parcours coordonnés de vie et de santé et dans une dynamique de qualité de service et de développement de la prévention de la perte d'autonomie.

2. Expérimentation d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) : ils assurent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes fragiles à domicile (personnes âgées, personnes en situation de handicap et personnes atteintes de pathologies chroniques).

Cette expérimentation prévoit l'évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD afin d'inciter au développement de ces structures. Il s'agit de tester une organisation et un fonctionnement intégrés qui assurent une plus grande mutualisation des organisations et des outils, et au-delà, une intégration des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bientraitance.

À la suite de l'appel à candidatures, 18 expérimentations ont été autorisées en novembre 2016. Elles doivent se traduire par la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs avant le 30 juin 2017 entre le président du Conseil départemental, la directrice générale de l'ARS et les représentants des SPASAD. Parallèlement à la candidature à l'expérimentation de SPASAD intégré, les structures ont pu bénéficier d'un accompagnement financier permettant de soutenir la réorganisation, des formations et un appui technique dans la création ou la consolidation des futurs SPASAD. La première tranche (80 %) de l'enveloppe régionale (587 122 €) a été déléguée en 2016.

UN EFFORT SIGNIFICATIF EN FAVEUR DE LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX : 13,10 M€

L'ARS et les Conseils départementaux sont engagés dans le soutien aux efforts de restructuration et de modernisation des patrimoines immobiliers des établissements et services médico-sociaux. En 2016, un recensement des opérations prioritaires a pu être réalisé à l'aide des systèmes d'information existants, d'études menées par les Conseils départementaux et de la connaissance partagée de proximité des équipes territoriales de la Direction de l'autonomie et des conseils départementaux.

Plusieurs enveloppes ont été mobilisées pour accompagner financièrement des opérations d'investissement :

Le plan d'aide à l'investissement est présent dans les deux secteurs :

- pour le secteur personnes âgées, ce sont 4,40 M€ de subventions (l'autorisation engagement initial de 3,90 M€ a été augmentée de 0,50 M€) qui ont été mobilisées pour soutenir cinq opérations et 58,80 M€ de travaux,
- pour le secteur des personnes en situation de handicap, 1,40 M€ de subventions ont été notifiées pour accompagner trois opérations représentant 5,40 M€ de travaux
- Le taux d'aide est moins élevé sur le secteur personnes âgées où les opérations sont en compétence partagée.

Les marges de gestion du FIR et des enveloppes médico-sociales ont permis par ailleurs :

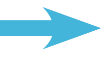
- le FIR mobilisé à hauteur 600 K€ pour la réalisation d'une opération urgente de mise aux normes dans un EHPAD de la région,
- pour le secteur personnes âgées, 3,80 M€ attribués pour accompagner soit des opérations de mise aux normes, soit des opérations d'humanisation,
- pour le secteur des personnes handicapées 2,90 M€ mobilisés pour contribuer à l'équilibre des projets pédagogiques individualisés (PPI) validés par l'ARS pour des opérations antérieures ou nouvelles.

Au total, une dizaine d'opérations ont pu être accompagnées dans chacun des secteurs. Trois opérations ont bénéficié à la fois d'aide du Plan d'aide à l'investissement (PAI) et de crédits non reconductibles issus des marges de gestion de l'enveloppe médico-sociale.

CHIFFRES CLÉS

ÉVALUATION EXTERNE DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

711 établissements médico-sociaux devaient renouveler leur autorisation.



99,6 % des ESMS ont transmis leur rapport dans les délais.

En 2016, 708 établissements médico-sociaux ont effectué leur demande de renouvellement d'autorisation en transmettant leurs résultats d'évaluation externe.

Les instructions de ces rapports d'évaluation ont été effectuées :

- sur des délais contraints au regard du nombre de dossiers à étudier ;
- avec une qualité hétérogène des rapports ;
- dans le contexte de fusion des deux régions.
- L'intégralité des établissements a vu son autorisation renouvelée.

Évaluation des actions et des structures

L'ARS de Normandie a poursuivi son investissement en matière d'évaluation des actions et des structures financées.

En 2016, quatre dispositifs ont fait l'objet d'une évaluation : un réseau de santé, une plateforme ressource régionale relative à l'éducation thérapeutique du patient et deux structures expérimentales.

Le réseau de services pour une vie autonome (RSVA)

Le réseau RSVA se positionne comme structure-ressource et d'appui à la conduite de projets pour les acteurs du champ du handicap et sanitaire de l'ex-Basse-Normandie.

L'évaluation préconise une évolution du RSVA sur les deux axes suivants :

- un recentrage du RSVA sur ses compétences clés, c'est-à-dire la formation et la conduite de projets en matière de dépistage, de prévention et d'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap,
- la transformation du dispositif en une structure facilitant l'accès aux soins et l'appui des professionnels pour la coordination du parcours de soins des personnes en situation de handicap.

L'Espace régional d'éducation thérapeutique (ERET)

Les premiers résultats obtenus par la plate-forme sont très encourageants en matière d'inclusions de patients et de professionnels prescripteurs et actifs en termes de réalisation d'actes. Certes, si le potentiel de développement de la plate-forme reste important, l'évolution quantitative depuis trois ans est positive et soulignée dans ce rapport. De même, la très grande majorité des patients inclus et des professionnels de santé se sont déclarés satisfaits du dispositif.

En outre, les analyses réalisées par l'évaluateur à partir des données transmises par l'ERET ont mis en évidence un lien de cause à effet entre l'observance des programmes prescrits et l'amélioration de l'état de santé des patients entre leur entrée dans le dispositif et leur sortie. Une étude de cohorte plus importante et un relevé plus exhaustif des données sont cependant nécessaires pour quantifier les gains réalisés.

L'évaluateur émet la possibilité de redéfinir les liens entre la base régionale et les bases territoriales et des moyens renouvelés pour l'ERET, dans le cadre d'une fusion des deux régions normandes, afin de déployer une véritable plate-forme régionale normande en Education thérapeutique du patient (ETP).

Le semi-internat en temps partagé (SITP) dans le Calvados (14)

A l'issue des quatre années d'expérimentation, le dispositif mutualisé de semi-internat à temps partagé mis en place par les Instituts médico-éducatifs (IME) de Fleury-sur-Orne et Saint-Rémy-sur-Orne permet le maintien en milieu scolaire ordinaire des enfants qui y sont pris en charge.

En ce sens, cette organisation répond à la fois aux dispositions réglementaires en faveur de la scolarisation des enfants en situation de handicap et aux orientations du SROMS 2013-2018. L'accompagnement individualisé repose sur une logique de parcours et permet de sortir de la logique traditionnelle d'établissement.
Ce dispositif repose sur les compétences, la qualification et la disponibilité des professionnels qui sont soulignées à la fois par les partenaires, les enseignants et les familles.
Les objectifs détaillés dans le projet de service sont globalement tous atteints du point de vue des professionnels et des familles.
Toutefois, des perspectives de travail et des préconisations opérationnelles au regard des résultats analysés ont été identifiées tant en termes institutionnels qu'organisationnels et professionnels. Elles concernent l'établissement le plus souvent mais également des axes qui devront être travaillés en lien étroit avec les autorités concernées.

La maison des adolescents (Mado) de la Manche (50)

Après trois années d'existence, la maison des adolescents de la Manche a pris sa place dans le paysage départemental. Elle s'est organisée pour être au plus proche des adolescents, de leurs familles et des professionnels et a démontré l'intérêt d'un accueil et d'une écoute généralistes.

En termes de perspectives, la maison des adolescents a été incitée à entretenir ce partenariat et à le développer en particulier avec les acteurs du soin, et à élargir sa couverture au territoire du coutançais.

La maison des adolescents de la Manche et les maisons des adolescents du Calvados et de l'Orne ont opéré un rapprochement et mènent certaines actions en commun. Ce partenariat mérite d'être poursuivi afin de pouvoir mutualiser les compétences et de conférer un caractère régional à certaines actions (formations, actions de prévention…), et au-delà d'inscrire dans le nouveau contexte régional les mutualisations possibles.

Améliorer les performances des établissements de santé

PLAN TRIENNAL

Le plan triennal, désormais appelé Plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PPRGDRESS), a été lancé en février 2015 par la ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Il vise une évolution structurelle du système de santé sur 3 ans (2015-2017).

Le déploiement de ce plan pluriannuel repose sur l'action conjointe de l'État et de la CNAMTS au niveau national, de l'ARS et des organismes d'assurance maladie au niveau régional. En alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé, 10 milliards d'euros d'économies sont attendus au plan national d'ici fin 2017 dans le champ de la santé.

L'ARS de Normandie et les organismes d'Assurance maladie mobilisent les établissements de santé autour de transformations structurelles et organisationnelles ambitieuses. Elles portent sur sept blocs :

- la maîtrise de la masse salariale, l'optimisation des achats, l'appui aux établissements en difficultés. Ces trois blocs sont pilotés par l'ARS,
- le virage ambulatoire, la pertinence des actes, la maîtrise des dépenses liées aux prescriptions des produits de santé et de transports. Ces quatre blocs sont pilotés conjointement par l'ARS et les organismes d'assurance maladie.

Début 2016, dans la continuité des modalités de déploiement de 2015, le pilotage conjoint a permis de définir des objectifs régionaux prioritaires partagés et de conduire des actions auprès d'établissements ciblés.

Vingt et un établissements de santé (publics MCO et Centre de lutte contre le cancer) font ainsi l'objet d'un accompagnement dans le cadre du plan triennal, dont onze sont accompagnés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Ils ont élaboré une feuille de route stratégique déclinant les objectifs et cibles à atteindre sur les sept blocs en plans d'actions. Les onze établissements accompagnés par l'ANAP disposent en plus d'une feuille de route opérationnelle. Sous le pilotage de la direction de la Stratégie, le déploiement du plan pluriannuel est suivi par le responsable opérationnel plan triennal de l'ARS, en lien avec les responsables régionaux (ARS et Assurance maladie) des blocs.

Entre juin et septembre 2016, l'ARS et l'Assurance maladie ont rencontré les établissements sur les blocs prioritaires au regard de leurs résultats 2015 et de leurs besoins en termes d'appui. Le déploiement des feuilles de route des établissements a contribué à l'atteinte des cibles régionales à fin 2016. Toutefois, les efforts doivent toutefois être poursuivis et même renforcés compte tenu des résultats obtenus sur certains blocs, et pour lesquels les cibles 2017 resteront ambitieuses.



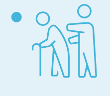
		Résultat 2014	Objectif 2015	Résultat 2015	Objectif 2016	Résultat 2016	Résultat national 2016	Tendance
PHARE	% d'atteinte du gain achat (source DGOS)	84 %	100 %	120 %	100 % (24,6 M de gains achats)	136 % (33,6 M€ de gains achats)		
virage ambulatoire et Impact capacitaire (source profil virage ambulatoire)	taux de chirurgie ambulatoire	48,6 %	51,1 %	50,1 % (M12)	53,6 %	52,8 %	54,1 %	
	taux de médecine HDJ	32,4 %	↗	33 %	↗	34,9 %	39,0 %	
	IPDMS-M	1,01	<1	1,01	<1	1,01	1	
	IPDMS-C	0,98	<1	0,98	<1	0,98	1	
	IPDMS-O	1,03	<1	1,03	<1	1,03	1	
	DMS M			3,8		3,6		
	DMS C			2,8		2,6		
	DMS O			3,5		3,4		
	DMS M (HC)	6,0	↘	5,9	↘	5,9	5,8	
	DMS C (HC)	5,4	↘	5,4	↘	5,2	5,4	
	DMS O (HC)	4,6	↘	4,5	↘	4,4	4,4	
Masse salariale	évolution des charges de personnels	2,17 %	1,53 %	1,86 %	1,28 %	1,74 %		
Trajectoire financière des ES	TMB	5,5 %	6,3 %	5,4 %	6,70 %	4,7 % (RIA2)		
Médicaments	tx d'évolution PHEV	3,3 %	2,9 %	4,1 %	3,8 %	5,8 %	6,4 % (M9 2016)	
	Liste en sus				Médicaments : 3,4 % DM : 4,1 %	Médicaments : 2,5 % DM : 3,3 %		
Transports	tx d'évolution des dépenses de transport	2,4 %	2,6 %	3,1 %	0,3 %	3,6 %	4,8 %	

LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL SE DOTE D'UN OUTIL D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE

Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (TDB) est un outil co-construit (ANAP, CNSA, fédérations) depuis 2009. Après deux phases d'expérimentation, la généralisation a débuté en 2014. La région Normandie a intégré la démarche à partir de 2016, sur 2 ans. En 2018, le TDB sera obligatoire et en routine pour toute la France et tous les Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

L'ARS de Normandie a programmé l'entrée des ESMS normands sur deux campagnes, 2016 et 2017, compte tenu du nombre d'ESMS important (1219) entrant dans le périmètre du TDB et de l'accompagnement de l'ANAP limité aux années 2015, 2016 et 2017.

L'ARS, en concertation avec les cinq Conseils départementaux, a retenu les critères suivants afin de définir le périmètre 2016 :

-  secteur des personnes âgées : les deux catégories d'ESMS avec le plus grand nombre de structures (EHPAD et SSIAD),
-  secteur des personnes handicapées : l'ensemble des ESMS intervenant auprès des enfants handicapés (hors CAMSP) + les foyers de vie de la Manche, soit 776 ESMS (64 % du périmètre total).

Les autres catégories d'ESMS, soit 443 ESMS, intègrent la campagne TDB en 2017

Après une réunion de lancement du TDB qui s'est tenue le 9 mars 2016 en présence des fédérations représentatives du secteur médico-social, des sessions de transfert de compétences ont été organisées par l'ANAP et l'ARS de Normandie.

Une 1re journée de transfert de compétences a réuni, le 29 mars 2016, 60 agents de la Direction de l'autonomie de l'ARS et des cinq Conseils départementaux.

Puis, la semaine du 18 au 22 avril 2016, se sont déroulées à Caen et à Rouen, 8 sessions de transfert de compétences à destination des ESMS et leurs Organismes gestionnaires (OG), qui ont rassemblé 552 personnes, dont 304 à Caen et 248 à Rouen.

Ces journées ont permis de présenter de manière générale la démarche et l'outil, ainsi que les modalités de renseignement et les fonctionnalités de restitution de la plateforme TDB.

La période de collecte et de saisie des données sur la plateforme TDB s'est déroulée du 2 mai au 10 juin 2016. Elle a mobilisé les ESMS et les OG entrant dans le périmètre 2016, ainsi que l'ARS pour l'assistance méthodologique.

77,58 % des ESMS entrant dans le périmètre 2016 ont participé à la saisie des données sur la plateforme TDB.

La fiabilisation des données par l'ARS et les Conseils départementaux, afin de permettre un parangonnage reflétant au plus près la situation des ESMS et des OG, a été réalisée du 11 juin au 31 août 2016.

La dernière étape de la campagne 2016 sur les données 2015 du TDB concerne la restitution aux ESMS et aux OG à partir des résultats mis en ligne le 7 septembre 2016 sur la plateforme TDB. Une restitution a été réalisée auprès des fédérations le 24 mars 2017, à l'occasion de la réunion de lancement de la campagne 2017 sur les données 2016.

Le TDB a déjà permis d'alimenter les travaux concernant :

- la programmation 2016/2017 des SSIAD, avec des données relatives à la file active et aux taux de rotation,
- le COPIL « Étude Manche » sur le secteur des personnes handicapées, avec des données relatives aux taux d'occupation, aux nombres de places installées, aux types de déficiences, et aux tranches d'âges des personnes accompagnées,
- les diagnostics CPOM.

PROGRAMME PHARE

En réalisant 33,6 millions d'€ de gains achats pour un objectif attendu de 24,6 millions d'€, la région Normandie a largement dépassé ses objectifs de gains achats en 2016 (137 %). Tous les plans d'actions achat (PAA) remontés par les établissements en milieu d'année et en fin d'année ont fait l'objet d'un travail d'analyse.

L'année 2016 a principalement été consacrée à la mise en marche de la dynamique Achat version grande Normandie ainsi qu'au suivi des évolutions de la fonction Achat impulsées par la DGOS. Ainsi des réunions régulières ont été organisées avec les directions achats et des hôpitaux de la région. Elles avaient pour objet de :

- Travailler la mise en œuvre de la mutualisation régionale Normande.
- Informer les directions achats de l'évolution réglementaire de la mise en place des GHT et de la réglementation relative aux marchés publics.

En parallèle, un programme de formation Achat a été largement déployé en partenariat avec les ANFH : cinq parcours de formations Achat certifiantes sont en cours ou achevés (60 personnes formées) et deux parcours achat diplômants sont en cours (20 personnes diplômées).

ACCOMPAGNEMENT RH DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Accompagnement collectif Qualité de vie au travail (QVT) : les clusters

L'ARS de Normandie avait pour objectif d'accompagnement RH de développer la qualité de vie au travail (QVT) pour plus de performance et d'innovation.
Un appel à projet Clusters sociaux sur QVT et performance a été lancé sur les thématiques suivantes :

- *QVT dans les blocs opératoires et performance*
- *QVT et organisations innovantes dans le cadre du virage ambulatoire.*

Six établissements se sont positionnés sur ces clusters dont un établissement privé.

Accompagnement des restructurations de l'offre hospitalière (868 K€)

L'ARS a poursuivi l'accompagnement de la recomposition de l'offre sanitaire en ex Basse Normandie et le redressement des établissements les plus déficitaires de la région. L'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé s'est traduit par la mise en place de cellules d'aide locale (122 512 €). Ces dernières ont pour mission de prendre en charge l'accompagnement individuel des agents concernés par l'opération de modernisation. Par conséquent, certains agents ont pu notamment bénéficier d'un financement pour leur reconversion professionnelle (47 247,60 €) ou d'indemnité de départ volontaire (474 596,94 €).

Accompagnement du dialogue social (185 K€) – gestion du droit syndical départemental

Ce dispositif de mutualisation des heures syndicales a été mis en place pour assurer une meilleure représentativité dans les petits établissements. Ce dernier était géré par l'ARS jusqu'à la parution du décret n° 18 du 13/01/2016, qui bascule cette mission vers les cinq établissements gestionnaires des commissions administratives paritaires départementales.

À cette fin, les cinq établissements de la région ont bénéficié d'un accompagnement méthodologique sur ce dossier et d'un soutien financement à hauteur de 37 000 € chacun afin de permettre de couvrir les frais de gestion du droit syndical départemental.

COMPTABILITÉ ANALYTIQUE HOSPITALIÈRE

Le plan régional de déploiement de la comptabilité analytique hospitalière

Le plan régional de déploiement de la comptabilité analytique hospitalière, qui avait débuté le 1er janvier 2015 pour un an, a finalement été prolongé jusqu'au 1er semestre 2016.
À la suite des perfectionnements des pratiques et le succès global de ce plan, la direction a décidé de programmer une 2e vague pour 2017, couvrant l'ensemble du territoire régional.

À ce titre, trois établissements matures désignés comme référents (les CH St Lo, CH d'Alençon et CHI Elbeuf-Louviers) sont en charge de les appuyer. Pour cet accompagnement spécifique, l'ARS a accordé un financement exceptionnel d'un montant de 15 000 € par référent destiné à rémunérer le temps consacré par l'Établissement référent à l'accompagnement des treize établissements à appuyer.

La campagne de retraitement comptable (RTC)

L'année 2016 a vu le rapprochement des processus de validation des RTC des 2 régions. Désormais 77 établissements sont gérés par le pôle Qualité et performance. 100 % des établissements ont été contrôlés et validés dans les délais impartis par l'ATIH.

Par ailleurs, l'année a également été marquée par la construction d'outils (notamment d'analyses et de restitution) mis à disposition des établissements mais aussi des services de l'ARS.

Enfin l'ARS Normandie a rejoint le groupe de travail national ATIH sur l'évolution du RTC.

Fiabilisation des comptes

Prévue par la loi HPST, la fiabilisation et la certification* des comptes des établissements publics de santé est aujourd'hui une réalité. Cette dynamique mobilise l'ensemble des services de l'hôpital (pharmacie, ressources humaines, logistique, systèmes d'information, achats, finances, département de l'information médicale…) et s'inscrit dans un processus d'amélioration de la qualité de la gestion financière et comptable à travers :

- l'amélioration de la qualité des comptes,
- la meilleure connaissance du patrimoine immobilier,
- la sensibilisation à la démarche de contrôle interne,
- la structuration d'une nouvelle gouvernance.

Cette démarche globale constitue donc un enjeu prioritaire pour les établissements publics.

En Normandie, huit établissements sont concernés en 2016 par la certification* et sont accompagnés par l'ARS dans la mise en œuvre et l'appropriation du dispositif :

- deux établissements ont ainsi été certifiés avec réserve et six établissements ont été certifiés sans réserve
- Cet accompagnement se fait en partenariat avec la DRFIP à travers la mise en œuvre de réunions/formations thématiques et la construction d'outils de pilotage ainsi que par la participation à des groupes de travail nationaux.

** Certification des comptes : pour les établissements publics dont le chiffre d'affaires est supérieur à 100 millions d'€ ; fiabilisation des comptes pour tous les autres. Les établissements privés sont quant à eux certifiés depuis 2005.*

Assurer la qualité et la sécurité des prises en charge

QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE MÉDICAMENTEUSES



L'Observatoire des médicaments dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMéDIT) de Normandie s'est organisé avec une gouvernance régionale et un programme d'actions pluriannuel sur les périmètres sanitaires, médico-social (notamment le secteur des personnes âgées) et ambulatoire. Ce programme a été élaboré en collaboration avec les autres structures régionales d'appui dans le cadre du Réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA).

L'OMéDIT de Normandie a été mis en place le 16 novembre 2016, avec un comité régional constitué de professionnels des établissements sanitaires, médico-sociaux et libéraux. Un programme d'actions est d'ores et déjà défini dans les domaines de la qualité et de la sécurité des médicaments et dispositifs médicaux.
Un site a été créé afin de diffuser l'ensemble des travaux http://www.omedit-normandie.fr

Films d'analyse de scénario sur les erreurs médicamenteuses

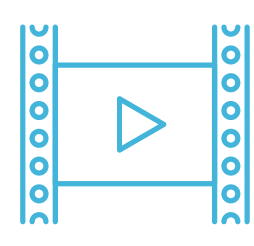
L'OMéDIT de Normandie a réalisé en partenariat avec l'ARS, les CHU de Caen et de Rouen, le groupement des cliniques privés Manche et Orne, la polyclinique de la Baie à Avranches, le centre hospitalier de Lisieux, le centre hospitalier de Vire, le centre hospitalier de Falaise et le centre hospitalier de Flers, l'EHPAD de Bretteville-sur-Laize, 6 films pédagogiques relatifs à la « sécurité de la prise en charge médicamenteuse ».



Pour rappel, l'analyse de scénario clinique d'un accident ou presqu'accident vise à :

- aider à leur maîtrise
- améliorer la culture des facteurs contributifs et mesures barrières
- promouvoir le travail en équipe

Retrouvez tous les films sur les erreurs liées aux produits de santé sur le site de l'omédit de Normandie : www.omedit-normandie.fr



- Film 1- volet HAD : sécurité de la prise en charge médicamenteuse
- Film 2- volet Chirurgie : sécurité de la prise en charge médicamenteuse
- Film 3 : volet SSR-sécurité de la prise en charge médicamenteuse
- Film 4 : volet Urgences -sécurité de la prise en charge médicamenteuse
- Film 5 : EHPAD Médoc - et si on mettait en scène nos erreurs
- Film 6 : Erreur d'administration d'un gaz à usage médical : Trouvez les erreurs

Latrogénie médicamenteuse du sujet âgé

Sept journées départementales ont été réalisées sur la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD, avec présentation des outils OMéDIT (film EHPAD'Medoc, guide d'aide à la prescription, liste préférentielle), des indicateurs de pratiques « iatrogénie » sont recueillis en région avec transmission pour les EHPAD qui le souhaitent de leurs résultats, enfin des accompagnements des structures médicosociales sont réalisées sur demande (EHPAD, IME), avec des audits de processus qui sont proposés.

Pharmacie clinique

Pour la 2e année l'ARS a lancé un appel à projet régional sur la pharmacie clinique afin de renforcer le lien ville/hôpital sur la prise en charge médicamenteuse (15 projets / 32 établissements retenus (664 K€) pour financer du temps de pharmaciens assistants, infirmiers et médecins pour l'analyse et la réévaluation des prescriptions à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation (conciliation médicamenteuse).

Comités de retours d'expérience (CREX)

Des formations aux comités de retour d'expérience financées par l'ARS ont permis de former 267 professionnels de santé aux évènements indésirables médicamenteux (en tant que pilotes de CREX) et aux facteurs humains. Ces formations en 2016 ont été étendues au secteur médico-social et ambulatoire (revue de morbimortalité ambulatoire en lien avec les HAD).

Plusieurs outils de sensibilisation des professionnels ont été développés en région par l'OMéDIT, notamment : 6 films sur les erreurs médicamenteuses, un serious game (chambre des erreurs numérique), un guide sur les never events, des formations/outils sur la pharmacie clinique (analyse pharmaceutique, conciliation médicamenteuse).

Contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations

L'année 2016 correspond à la **deuxième année d'exécution du contrat de bon usage des médicaments produits et prestations (CBUMPP) de troisième génération**.

À la suite de la création de l'ARS de Normandie il a été convenu de la poursuite des deux contrats pour chacune des anciennes régions jusqu'à la fin 2017. Un **nouveau contrat de bon usage sera ainsi mis en œuvre pour la Normandie à compter du 1er janvier 2018.**

Afin de débuter le travail de convergence des deux dispositifs régionaux, l'ARS a souhaité créer un **comité de pilotage du CBUMPP régional**. Dès 2016, ce comité régional dont la composition a été arrêtée en lien avec toutes les fédérations hospitalières a :

- étudié les modalités d'évaluation pour les deux contrats pour l'année 2016,
- arrêté, les cibles régionales attendues pour 2016,
- défini les modalités de fixation du taux de remboursement pour les établissements qui n'auraient pas atteint cette cible après phase contradictoire pour la période du 1er juillet 2017 au 30 juin 2018.

DÉMARCHES QUALITÉ ET CERTIFICATION HAS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



L'ARS accompagne méthodologiquement les établissements de santé ou les groupements dans leur démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques en s'appuyant sur la cellule de suivi des certifications HAS de l'ARS et sur la Structure régionale d'appui à la qualité Qual'Va.

De plus l'ARS développe le parangonnage entre établissements de même profil, avec les mêmes filières, tant sur les opportunités d'amélioration que sur les décisions positives (V2014).
En 2016 : l'évolution du périmètre d'intervention s'est élargi aux cinq départements normands, et vers le secteur médico-social, notamment sur les formations qualité, la journée régionale qualité,...

Au 31 décembre, **pour la certification V2010**, parmi les 124 établissements de santé concernés, 104 sont certifiés avec recommandations soit 83,20 %, 19 avec réserve soit 15,20 % et 2 en sursis ou 1,60 %. Il est à noter que les 2 sursis ont été levés début 2017.

En certification V2014, pour les 39 établissements de santé visités : 22 sont certifiés (A) ou avec recommandations d'amélioration (B) soit 56,41 %, 16 avec obligation d'amélioration (C) soit 41,03 % et 2 en sursis (D) ou 2,56 %. Ces résultats interviennent avant les rapports ou les visites de suivi.

En décembre 2016, des modalités de travail en commun, de partages d'information et de revues de dossiers de certification ont été instaurées entre l'ARS et la HAS.

LES SERVICES DE TÉLÉMÉDECINE

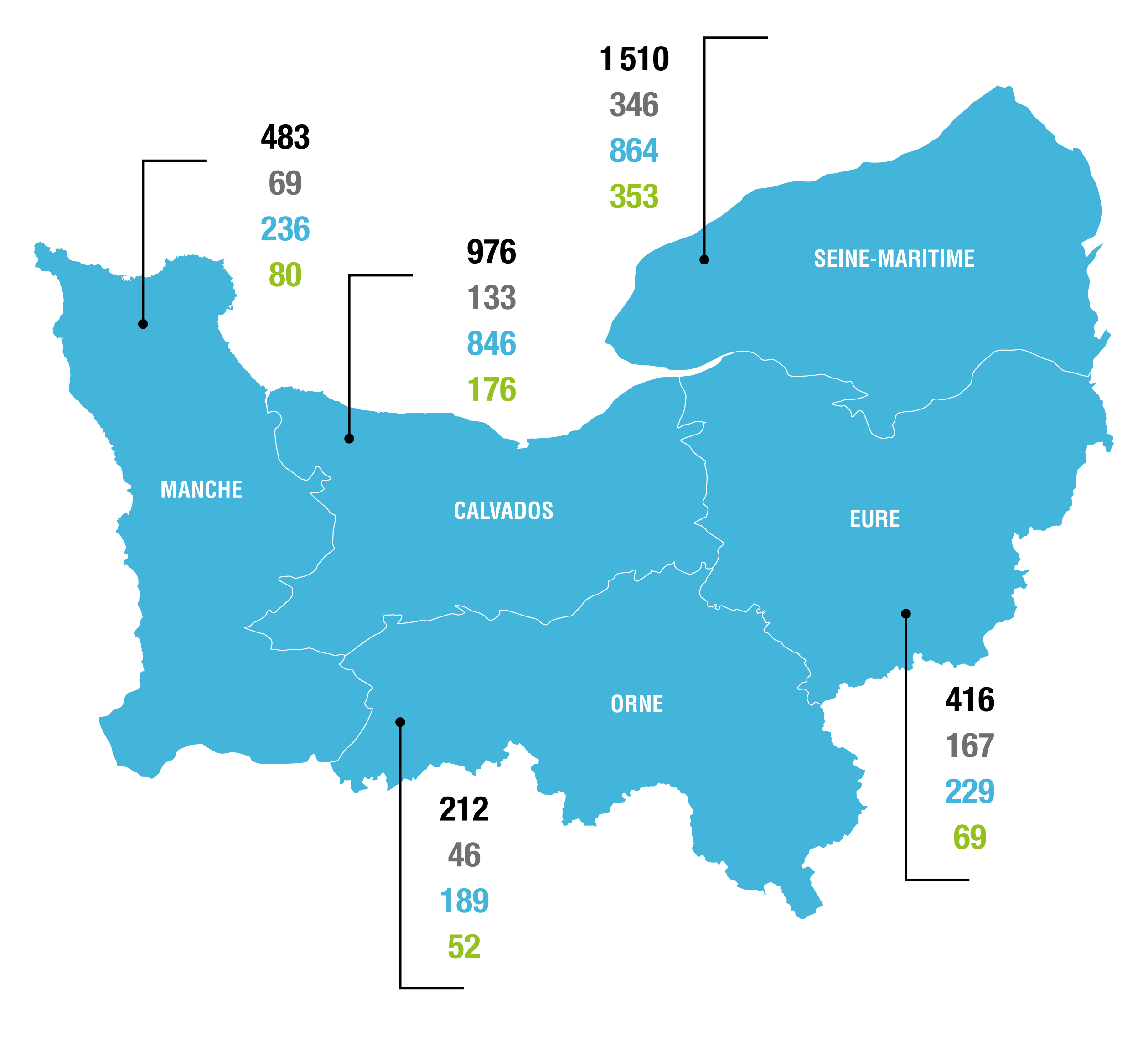
qui avaient fait l'objet d'une validation de principe en 2015 (projets e-staffs (périmètre sclérose en plaques), télé-expertise en urgences (périmètre chirurgie-maxillo-faciale), télé-EEG et télé-AVC) ont été réalisés au cours de l'année 2016 et les premiers sites pilotes ont pu démarrer selon les services, courant 2016 ou début 2017. Au cours de l'année 2016, les premiers cahiers des charges ETAPES (expérimentation article 36 LFSS 2014 sur la rémunération des actes de télémédecine) ont été publiés dont plusieurs en décembre 2016, et l'ARS a préparé avec les porteurs des premiers projets concernés (DOMOPLAIES, Télé-dermatologie avec le CHU de Rouen, SCAD, …) la mise en œuvre effective de cette expérimentation. Les premiers actes de télémédecine devraient faire l'objet d'une facturation au cours de l'année 2017, sous réserve de la levée des difficultés que pourraient rencontrer les établissements de santé.

L'ACTIVITÉ D'INSPECTION-CONTRÔLE-ENQUÊTE PAR THÉMATIQUE OU RISQUE	NOMBRE DE MISSIONS
Difficultés institutionnelles / gouvernance des établissements et services	1
Organisation et fonctionnement des établissements ou services pour personnes âgées ou handicapées/ prévention de la maltraitance	10
Enquêtes sur réclamations ou signalements	0
Organisation et fonctionnement des services ou activités autorisées des établissements de santé	9
Dispositifs de réponses aux situations exceptionnelles des établissements de santé	1
Gestion du médicament en établissements de santé	0
Gestion du médicament en officines et distributeurs en gros de médicaments	30
Contrôle des entreprises de transport sanitaire	32
Contrôle des professionnels de santé/exercice illégal d'une profession réglementée	2
Contrôle des salons de tatouage, piercing maquillage permanent	1
Prévention du risque environnemental en établissement recevant du public : déchets de soins, légionnelles, hygiène	74
Contrôle des établissements de natation	102
Contrôle habitat indigne	165
Contrôle bruit	11
Contrôle des captages d'eau potable	58
TOTAL	496

L'ACTIVITÉ DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET SIGNALEMENTS PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENTS, SERVICES OU LIEUX CONCERNÉS	NOMBRE D'AFFAIRES TRAITÉES
Etablissement et services pour personnes en situation de handicap	292
Etablissements et services pour personnes âgées	397
Etablissements et services de santé	362
Entreprises de transport sanitaire	24
Soins de ville et/ou exercice illégal d'une profession réglementée	76
Habitat indigne	363
Bruit	46
TOTAL	1 560

CHIFFRES CLÉS

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT



Arrêtés préfectoraux d'admission et de suivi des mesures, proposés à la signature des 5 préfets

Dont arrêtés ordonnant une admission en soins psychiatriques sans consentement

Demandes de sorties ponctuelles, nécessitant la non opposition du préfet, pour des patients en hospitalisation complète

Saisines des juges de libertés et de la détention dans le cadre du contrôle systématique des mesures de soins psychiatriques sans consentement

Situations ayant nécessité une représentation du préfet (pouvoir) lors d'audiences JLD ou cour d'appel et la rédaction d'écritures.

NORMANDIE TOTAL

3 597

761

2 364

730

22

2.3

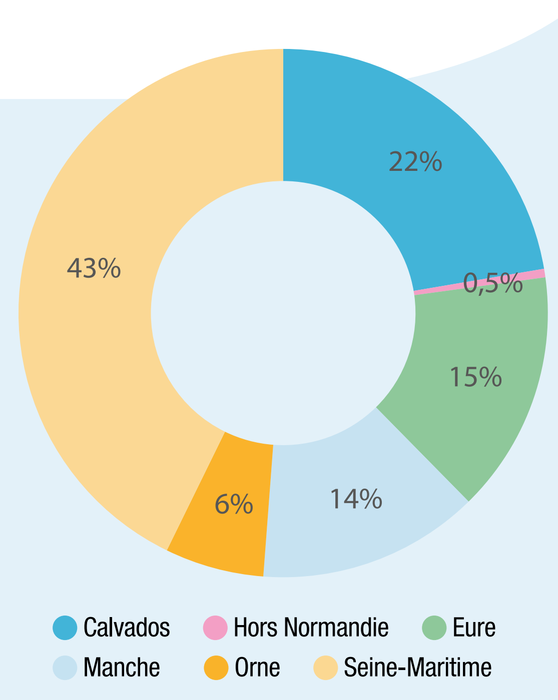
Protéger la population contre les risques pour la santé

Assurer la sécurité sanitaire

MISSION VEILLE ET ALERTE

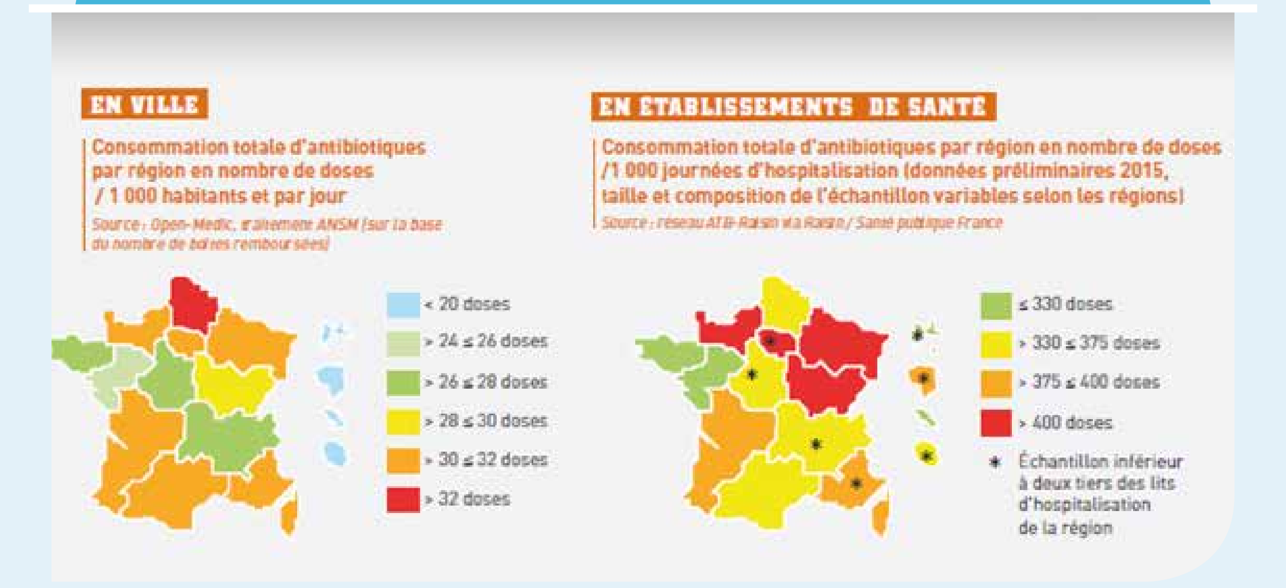
Au cours de l'année 2016, le point focal régional a enregistré 766 affaires dans le SI-VSS dont 390 maladies à déclaration obligatoire (MDO). Seules les MDO à signalement (nécessitant une intervention de l'ARS) font l'objet d'un enregistrement.

Parmi les signaux les plus fréquemment signalés à l'ARS figurent les toxi infections alimentaires collectives (TIAC) qui ont fait l'objet en 2016 d'une révision de la procédure de gestion en lien avec les cinq directions départementales de la protection des populations.



NORMANTIBIO

L'utilisation massive et répétée d'antibiotiques en santé humaine et animale engendre au fil du temps une augmentation des résistances bactériennes pouvant aller jusqu'à des impasses thérapeutiques. De ce fait, la diminution de la consommation d'antibiotiques en France est un enjeu prioritaire de santé publique. La création du centre de conseil en antibiothérapie « Normantibio » par l'ARS de Normandie est une des réponses normandes dans la lutte contre l'antibiorésistance.



SEMAINE SÉCURITÉ DU PATIENT

Chaque année, la semaine de la sécurité des patients (SSP) est un temps fort régional donnant l'occasion de communiquer sur la sécurité des soins à travers la mise en place d'actions d'information et de sensibilisation notamment au sein des établissements de santé et établissements médico-sociaux.

En 2016, deux actions régionales ont été proposées aux établissements dont le thème national était « les événements indésirables associés aux soins ». L'ARS de Normandie et ses partenaires ont construit et diffusé un guide regroupant des outils et des actions pour les programmes SSP. A travers cet événement annuel, la culture de la sécurité des soins et la qualité des prises en charge se développent en région. La dynamique locale des professionnels contribue à la lutte contre les infections associées aux soins, contre l'antibiorésistance, à l'amélioration des pratiques professionnelles…

MISSION PRÉPARATION À LA GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

La mission préparation à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) a pour objectifs prioritaires de préparer la réponse de l'ARS aux SSE et également celle du système de santé afin d'assurer la capacité opérationnelle de réponse du système sanitaire.

Parallèlement aux travaux menés sur ces deux champs, la définition des modalités internes d'organisation de la mission dans le cadre de la nouvelle ARS de Normandie a été un des axes prioritaires de travail en 2016.

Les travaux de planification ont principalement porté sur la rédaction du schéma ORSAN (Organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles). Celui-ci a vocation à définir, en fonction des risques identifiés, le rôle et les modalités de coordination et montée en puissance des différents acteurs du système de santé. L'année 2016 a été axée sur la rédaction du volet ORSAN AMAVI (Accueil massif de victimes non contaminées) et le volet NRC (nucléaire radiologique et chimique) avec la définition des capacités de décontamination hospitalière.

En 2016, face aux risques d'attentat, certaines doctrines de prise en charge sanitaire et outils ont évolué et notamment :

- l'élaboration d'un volet ORSAN AMAVI « attentat » prenant en compte la doctrine du « damage control chirurgical » (intervention chirurgicale strictement nécessaire au contrôle hémorragique),
- la mise en place d'un outil d'identification et de suivi des victimes hospitalisées nommé SIVIC.
- l'organisation d'un exercice « cadre » s'inscrivant dans la feuille de route ministérielle visant à renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes. Cet exercice nommé « santé Manche 2016 » a été organisé le 31 mai 2016 par l'ARS en collaboration avec la société française de médecine de catastrophe. Cet exercice dont le scénario était « attentat impliquant un nombre élevé de victimes dans un centre commercial de Cherbourg » avait pour principaux objectifs de tester la coordination des acteurs (Samu, établissements de santé, ARS, ARS de zone) et les capacités de prise en charge hospitalière des victimes.

Sous coordination préfectorale ou du ministère en charge de la Santé, l'ARS a participé à 21 exercices en 2016. Par ailleurs, l'ARS a également été sollicitée en 2016 pour la préparation de dispositifs prudentiels dans le cadre de trois événements : le carnaval étudiants de Caen, la fête de la musique à Caen et le Tour de France dans la Manche, pour lesquels sous pilotage préfectoral des renforts hospitaliers ont été organisés. Enfin, la mission de préparation à la gestion de SSE a été en charge en 2016 du suivi des postures Vigipirate, axées en 2016 sur la sécurisation des établissements.

Protéger le cadre de vie

La santé environnementale est une composante de la politique de santé publique. C'est une démarche globale de protection et de promotion de la santé de la population actuelle et des générations futures par la préservation et l'amélioration de l'environnement.

Le champ d'intervention de l'ARS en santé environnementale s'organise autour de trois grandes thématiques : la prévention et la gestion des risques pour la santé humaine liés à l'eau (et à l'alimentation), la prévention et la gestion des risques dans les espaces clos (habitat et établissements recevant du public) et la prévention et la gestion des risques dans l'environnement extérieur.



CHIFFRES CLÉS

NORMANDIE



Qualité de l'air extérieur

26
déclenchements de la procédure d'information - recommandation PM10 pour un total de 51 jours



Prévention des légionelloses

51
visites d'inspection/contrôles



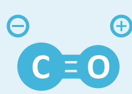
Lutte contre l'habitat insalubre

180
plaintes habitat traitées

165
visites effectuées

52
logements ayant fait l'objet d'une procédure d'insalubrité

43
arrêtés établis



Monoxyde de carbone

21
affaires d'intoxication (36 personnes exposées)



CHIFFRES CLÉS

EAU

Prélèvements eau potable
19 707

Analyses eau potable
1 032 046

Captages
1 169

Captages inspectés
38

Zones de baignade surveillées

Mer **154**
Eau douce **11**
Piscine **475**

Prélèvements Piscines
7 287

PUBLICATION DU BILAN DE L'EAU POTABLE NORMAND EN 2016

La synthèse 2016 sur la qualité de l'eau en Normandie permet d'apprécier la qualité des eaux distribuées pour les principaux paramètres (qualité microbiologique, nitrates, pesticides, aluminium, dureté). Ce bilan présente de plus des focus sur des actions remarquables en matière d'eau potable au niveau des territoires :

- sécurisation de l'alimentation en eau potable dans la Manche,
- modernisation de filières de traitement dans l'Orne,
- démarche de restauration de la qualité alliant préventif et curatif en Seine Maritime,
- zones de protection dédiées à l'agriculture biologique dans l'Eure,
- construction de la nouvelle usine de production d'eau potable de la Région de Caen.

Ce bilan 2016 montre l'important dispositif sanitaire mis en place pour assurer la sécurité sanitaire dans le domaine des eaux de consommation (20 000 prélèvements pour plus d'un million de paramètres). L'eau distribuée à la population est de très bonne qualité. Les quelques non-conformités du fait notamment de la présence de phytosanitaires ou de nitrates sont en diminution régulière depuis plusieurs années. Pour les unités de distribution pour lesquels des dépassements récurrents des limites de qualité ont été instruits, des plans d'actions sont mis en œuvre par les collectivités pour améliorer la qualité.

Le suivi sanitaire montre que certaines ressources sont encore dégradées (teneur en nitrates élevée, présence de phytosanitaires). Les actions initiées en vue de la reconquête de la ressource doivent être confortées et poursuivies.

RISQUES AUDITIFS : 8 000 JEUNES NORMANDS SENSIBILISÉS

Le bruit constitue une nuisance très présente dans la vie quotidienne des français. 86 % se déclarent gênés par le bruit à leur domicile. Au-delà de la gêne, l'excès de bruit a des effets sur la santé, auditifs et extra-auditifs.

L'amélioration de l'environnement sonore est l'une des actions phares du Plan national santé environnement 3. Plusieurs dispositions en faveur d'une prévention renforcée des troubles auditifs en particulier auprès des jeunes figurent dans le dispositif réglementaire de notre système de santé.

L'ARS de Normandie reste particulièrement impliquée dans la prévention des risques liés aux expositions à des hauts niveaux sonores à travers des actions de promotion de la santé vis-à-vis des jeunes.

L'ARS a poursuivi en 2016 ces démarches d'information et de prévention auprès des adolescents sous la forme de concerts pédagogiques sur l'ensemble de la région normande. Ces actions réalisées en partenariat avec les collèges et les lycées a permis grâce aux interventions des associations Kalif et Snark de sensibiliser près de 8 000 jeunes dans une cinquantaine d'établissements scolaires.

Des actions adaptées d'information ont par ailleurs été initiées auprès du public plus jeune des écoles primaires

AGIR POUR UN URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ

L'urbanisme et l'aménagement du territoire constituent des leviers probants de prévention et de promotion de la santé. En effet, l'aménagement du territoire constitue une « interface » fondamentale du niveau de santé des individus et peut permettre de lutter efficacement contre les inégalités sociales et territoriales de santé, dans la mesure où il impacte directement :

- les facteurs environnementaux liés à l'état des milieux (qualité de l'air, de l'eau, des sols…),
- les facteurs environnementaux liés au cadre de vie (habitat, accès aux transports, aux équipements…)
- certains facteurs environnementaux liés à l'entourage social (mixité sociale et fonctionnelle…)
- certaines habitudes de vie (activité physique, accès à certains types d'alimentation…)
- l'organisation des soins, dans sa dimension territoriale (distribution spatiale et accessibilité).

Le 3e Plan National Santé-Environnement 2015-2019 propose de mieux intégrer les enjeux de santé-environnement dans l'aménagement et la planification urbaine.

Dans cette optique, une réflexion régionale a été menée : un plaidoyer sanitaire « type », décliné par les unités départementales en fonction des enjeux identifiés dans les territoires concernés, a ainsi été établi. Ce plaidoyer, produit lors de la contribution de l'ARS au porter à connaissance de l'État, vise à informer les partenaires et décideurs des enjeux sanitaires à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration des documents de planification et à promouvoir l'activation, par les décideurs, des leviers de promotion de la santé dans le champ de l'urbanisme.

Des échanges avec les DDT(M) ont été engagés dans plusieurs départements afin d'étudier les modalités pratiques de prise en compte de ces enjeux « santé » dans le porter à connaissance de l'État et de sensibilisation des acteurs sur cette approche innovante. Des réflexions complémentaires sont actuellement en cours, dans le cadre du Plan Régional Santé-Environnement 3, pour renforcer les initiatives locales en matière d'environnement favorable à la santé.



AGIR CONTRE L'HABITAT INDIGNE

La population passe en moyenne 80 à 90 % de son temps dans des espaces clos. L'habitat est donc le premier environnement de l'homme. Les conditions de logement, qui sont fortement corrélées au contexte socio-économique, constituent un des déterminants majeurs de l'état de santé physique et psychique des individus.

L'ARS s'implique particulièrement dans la lutte contre l'habitat indigne. Ainsi, les techniciens et ingénieurs sanitaires de l'ARS ont traité 180 signalements en 2016, et réalisé 165 visites afin d'évaluer les situations d'insalubrité. Ils ont permis la signature de 43 arrêtés d'insalubrité.

L'ARS participe activement aux pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne et co-anime avec la DREAL le réseau régional technique (métier) de partage d'expériences en matière de lutte contre l'habitat indigne.

Les membres des cinq pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne de la région ont été réunis en octobre 2016, afin de partager des expériences positives et les organisations mises en œuvre sur les territoires. Des représentants des ministères du Logement et de la Santé ont également présenté les évolutions réglementaires dans le domaine de l'habitat.

La formation des partenaires est poursuivie, notamment des travailleurs sociaux. Enfin, il est souligné que l'activité de lutte contre l'habitat indigne implique un investissement important dans l'accompagnement des collectivités tant pour la mise en œuvre des démarches techniques, administratives et juridiques que sur l'application des actes administratifs de police.

2.4 Promouvoir l'amélioration de la santé

GARANTIR DES INTERVENTIONS DE QUALITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans le cadre de la poursuite de l'objectif de développement de l'efficacité des actions, un travail de structuration du partenariat a été engagé entre l'ARS, la Région, l'État, l'université, les chercheurs et la Plateforme promotion santé Normandie (association regroupant les deux IREPS). Un projet concerté de charte portant sur les axes formation, recherche interventionnelle, valorisation et observation a été élaboré avec les acteurs concernés et un séminaire de mobilisation régionale sur la recherche interventionnelle a été organisé pour une concrétisation en janvier 2017.

PRÉVENIR LE RISQUE SUICIDAIRE : POURSUITE DU DÉPLOIEMENT DU VIGILANS

La Normandie est une des régions les plus confrontées au suicide. Face à ce constat, l'ARS s'est inscrite dans un projet déployé depuis le 1er janvier 2015 dans la région Nord-Pas-de-Calais et intitulé « Vigilans », dont l'objectif est d'expérimenter un dispositif de veille régionale des suicidants.

Les objectifs opérationnels visent la mise en place :

- d'une ligne téléphonique spécifique avec un numéro unique pour les appels des suicidants avec un secrétariat adossé,
- d'une ligne téléphonique dédiée pour les partenaires,
- d'un contact téléphonique des suicidants réitérants entre 10 et 21 jours après leur passage aux urgences et de tous les suicidants à 6 mois,
- d'une coordination entre la Veille régionale et le système de soins auprès des suicidants.

Le projet a d'abord été déployé tout au long de l'année 2016 par le Centre hospitalier de l'Estran à Pontorson avec une montée en charge progressive sur l'ensemble du territoire correspondant aux départements de la Manche, de l'Orne et du Calvados. En cours d'année, le projet « Vigilans » a été porté par le Centre hospitalier du Rouvray et le CHU de Rouen pour les territoires de la Seine-Maritime et de l'Eure. Le dispositif fera l'objet d'une évaluation courant 2017.

NUTRITION ACTIVITÉ PHYSIQUE : MIEUX OBSERVER L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION RÉGIONALE POUR ADAPTER LES STRATÉGIES D'INTERVENTION

Un travail est amorcé en Normandie pour réunir les données disponibles en matière de surpoids et de comportement nutritionnel.

À titre d'exemple, l'étude Normanut 3, réalisée en 2016 chez près de 1 000 personnes consultant en médecine générale dans l'Eure et de Seine-Maritime permet de mieux appréhender l'évolution récente d'une situation qui reste préoccupante.

C'est au cours d'une consultation que les médecins généralistes renseignent les données cliniques des patients enquêtés volontaires pour l'étude et les questionnent sur leurs habitudes. Les troubles nutritionnels dans l'ancienne région Haute-Normandie sont ainsi étudiés depuis près de 15 ans avec des données issues de deux précédentes éditions (2001 et 2008). **L'extension de cette étude à l'ensemble de la région Normandie est prévue pour l'année 2017.**

L'étude Normanut 3 a été conduite en partenariat avec le CHU de Rouen, l'OR2S et l'ARS de Normandie et a fait l'objet d'une thèse de médecine générale.

L'étude fait apparaître que trois personnes sur cinq sont en excès de poids dans l'Eure et la Seine-Maritime. 42 % des hommes et 30 % des femmes et un quart des hommes et une femme sur cinq vus dans les cabinets des médecins généralistes sont obèses, multipliant les risques notamment de diabète, hypertension artérielle, maladies ostéo-articulaires…

En parallèle, le développement des actions de promotion de l'activité physique se poursuit : La dynamique impulsée par le plan sport santé bien-être se poursuit, en partenariat avec la DRDJSCS et des acteurs de plus en plus nombreux, notamment les collectivités locales qui s'engagent de façon très volontariste pour permettre aux habitants une pratique de l'activité physique (démarches « sport sur ordonnance », réflexions « urbanisme favorable à la santé »…), mais aussi les professionnels de la prise en charge des personnes âgées ou des maladies chroniques.

AGIR PRÉCOCEMENT POUR PERMETTRE AUX ENFANTS DE BÉNÉFICIER D'UN MILIEU DE VIE FAVORABLE À LA SANTÉ

Intervenir auprès des enfants et des jeunes est une nécessaire priorité en prévention, afin de garantir par un socle solide de meilleures chances de santé pour les futurs adultes. Le développement du travail en partenariat avec l'Éducation Nationale et les autres professionnels intervenant auprès des enfants et des jeunes, notamment avec la diffusion du concept de compétences psychosociales se poursuit. En 2016, plus particulièrement, le déploiement du **programme national de soutien aux familles et la parentalité** (PSFP) est en cours dans quatre villes normandes (Evreux, Pont-Audemer, L'Aigle et Rouen), accompagné par l'IREPS. Ce programme nécessite un investissement important de la collectivité au départ, notamment en matière de formation des équipes, pour garantir la pérennité de l'efficacité de l'intervention. Le programme national fait l'objet d'une évaluation qui permettra d'envisager les conditions de sa diffusion plus large.

PRÉVENIR LES CONDUITES ADDICTIVES

Structuration des acteurs régionaux pour la prévention des conduites addictives

Dès le vendredi 26 février 2016 se réunissait la commission régionale de prévention des conduites addictives. Cette réunion était l'occasion de présenter la nouvelle ARS et l'équipe projet addiction et de redéfinir les modalités de travail de la commission de prévention des conduites addictives pour tenir compte de l'ensemble des territoires normands, autour des enjeux suivants :

1. Développer et appliquer des outils communs de prévention ayant montré leur efficacité scientifiquement (développement des compétences psychosociales et communication adaptée aux publics ciblés prioritaires : jeunes et femmes enceintes) ;
2. Développer la coordination entre les professionnels de l'addictologie et les acteurs non spécialisés (professionnels de l'éducation nationale ou des structures « jeunesse », professionnels de la santé et du médico-social, travailleurs sociaux, acteurs de la justice…) ;
3. Le soutien de l'observation et la recherche.

Moi(s) sans tabac en Normandie

La démarche normande « Moi(s) sans tabac » a été mise en œuvre sous l'égide d'un comité de pilotage constitué par l'ARS regroupant de nombreux acteurs (Assurance Maladie, les deux IREPS de Normandie, les cinq comités départementaux de la Ligue contre le Cancer, l'ANPAA, la Fédération Addiction, les CHU de Caen et Rouen, la Mutualité Française Normandie). L'IREPS de Haute-Normandie est « ambassadeur » en région.

Structurée à l'occasion du projet, la dynamique partenariale est plus large que le dispositif Moi(s) sans tabac. Le comité de pilotage régional de prévention et de lutte contre le tabagisme sera maintenu au fil des ans.

En 2016,

- **6 réunions** d'information et **10 sessions de formation** des nouveaux prescripteurs de traitements de substitution nicotinique ont été organisées (144 personnes formées).
- **6 ½ journées d'accompagnement méthodologique** proposées par l'IREPS pour 60 professionnels de l'addictologie pour finaliser la préparation de leurs actions, accompagnement des CPAM. L'IREPS a reçu environ 750 appels pour informer, accompagner les partenaires régionaux dans la mise en œuvre de leurs actions.
- **Près de 200 dispositifs** ont relayé l'information, mis en place ou participé à des actions (113 actions de communication-sensibilisation, 73 actions d'accueil-orientation, 41 ateliers collectifs, 31 actions de consultation ou accueil individualisé/sevrage).
- **Une page internet a été créée** : plus de 2 430 personnes se sont connectées.

Au total, environ 20 000 personnes ont bénéficié d'actions de proximité en Normandie.

LA RESTRUCTURATION DE L'OFFRE DE DÉPISTAGE :

Mise en œuvre de la réforme des CeGIDD

Depuis le 1er janvier 2016, les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites et des Infections sexuellement transmissibles (IST) ont été créés. Habilitées dans la phase de démarrage pour deux ou trois ans, ces nouvelles structures remplacent les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG), mises en place en 1988, et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), créés en 2004.

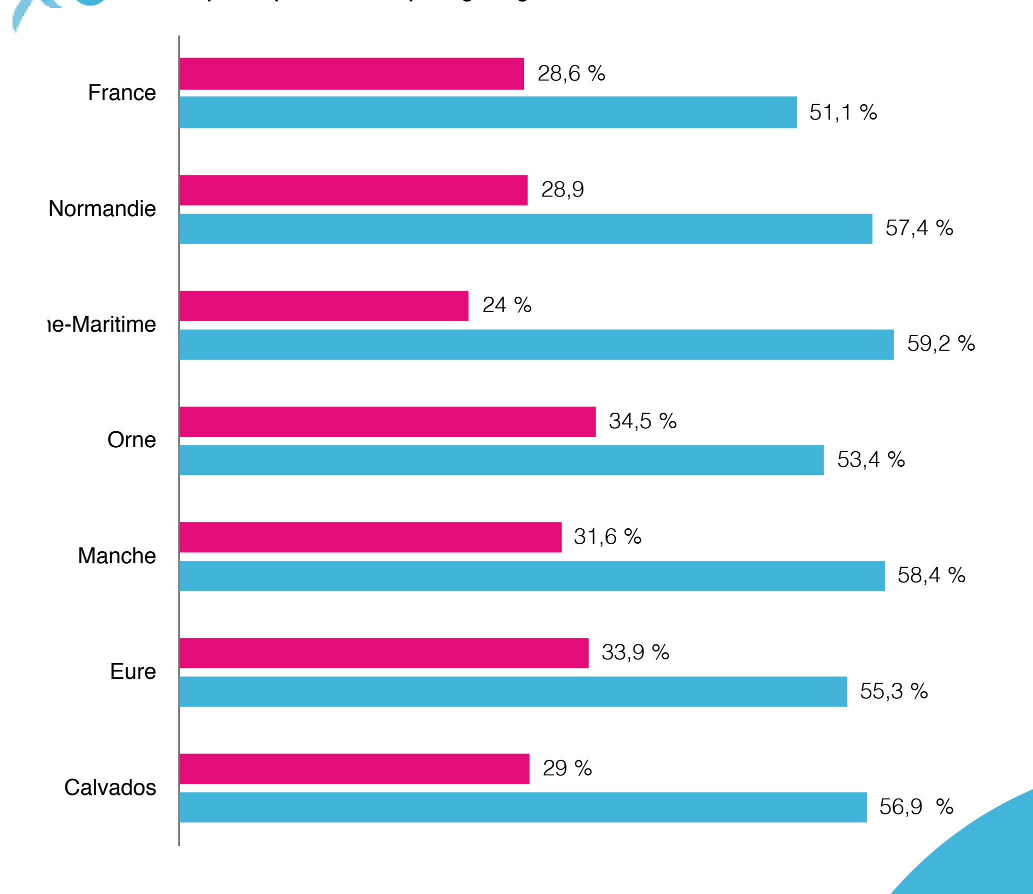
Les CeGIDD répondent à deux objectifs :

- accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage et mieux garantir la simplification et la continuité du parcours des personnes,
- simplifier le régime juridique et le financement par l'Assurance maladie.

La réforme préconise également une nouvelle organisation et de nouvelles missions dont la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.
L'ensemble des visites d'habilitation a été conduit par l'équipe santé sexuelle de l'ARS et un processus d'accompagnement de ces nouvelles structures a été amorcé avec les deux COREVIH et les deux IREPS (formation, échanges de pratiques…).
Les premiers renouvellements d'habilitation interviendront dès le 1er janvier 2018.

CHIFFRES CLÉS





2.5 Favoriser la démocratie sanitaire

Au cours du 1er semestre 2016, les activités des deux CRSA (de Basse et de Haute-Normandie) se sont poursuivies et un comité de coordination des deux CRSA a été mis en place pour préparer les travaux et les démarches visant à l'élaboration de la CRSA de Normandie.

Celle-ci a vu le jour le 5 juillet 2016. Lors de cette assemblée plénière constitutive, Marie-Claire Quesnel a été élue présidente de la CRSA de Normandie, Josette Travert présidente de la Commission spécialisée de la prévention (CSP), Jean-Marc Dujardin président de la Commission spécialisée des droits des usagers et du système de santé (CSDU), le Dr Jean-Michel Gal président de la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) et Léonard Nzitunga président de la Commission spécialisée de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social (CSAMS). Ces instances nouvellement installées se sont immédiatement mises au travail notamment pour participer à la construction du PRS2. L'année 2016 a connu également la poursuite des débats publics comme celui relatif à « Ma santé demain » ou celui portant sur « L'accès aux soins et à la santé pour tous » organisé conjointement avec la ville de Caen. Enfin, en application de la loi LMSS, l'ensemble des représentants d'usagers a été renouvelé dans les Commissions des droits des usagers des établissements de santé.

Chiffres clés 2016 Nombre de réunions	Basse-Normandie	Haute-Normandie	Normandie
Commission spécialisée de la prévention (CSP)	2	1	3
Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS)	2	1	2
Commission spécialisée de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social (CSAMS)	2	4	3
Commission spécialisée des droits des usagers et du système de santé (CSDU)	2	0	3
Commission permanente	1	2	
CRSA plénière	2	1	2

LES APPELS À PROJETS EN DÉMOCRATIE SANITAIRE

Lancé du 28 juillet au 28 octobre 2016, l'appel à projets démocratie sanitaire a conduit la CSDU dans sa séance du 16 novembre 2016 à examiner cinq dossiers déposés par le CISS de Haute Normandie, le CISS de Basse-Normandie, l'UDAF de Seine Maritime, la délégation Normandie de Médecins du Monde et l'association Parent simplement.

Ces dossiers ont tous fait l'objet d'un avis favorable de la part de la CSDU et un total de subventions d'un montant de 45 578,50 € leur a été octroyé.

80 PROJETS CULTURE-SANTÉ AIDÉS EN NORMANDIE EN 2016

Ces actions culturelles qui donnent à voir autrement le milieu de santé (sanitaire et médico-social) s'adressent principalement aux personnes hospitalisées, aux personnes âgées mais également aux personnes en situation de handicap (notamment les jeunes).

Co-piloté par l'ARS de Normandie et la Direction régionale des affaires culturelles depuis quinze ans en Normandie, ce programme interministériel est conduit en partenariat avec la Région Normandie, les départements de l'Eure et de la Seine Maritime, Ferrero France et le Fonds Caisse d'Epargne Normandie pour l'économie solidaire.

Afin d'harmoniser l'ensemble des dispositifs existants, trois grands principes fondent l'engagement de l'ARS aux côtés de ses partenaires pour consolider sa volonté de soutenir des actions culturelles et artistiques de qualité en milieu de santé :

- améliorer l'accueil et le séjour des usagers le temps d'un passage à l'hôpital ou en institution ;
- favoriser une offre culturelle adaptée permettant de rompre l'isolement de la personne et de répondre au mieux à ses attentes au regard de son état de santé et/ou de son handicap ;
- améliorer les qualités des relations professionnelles et l'inscription des établissements dans la cité.

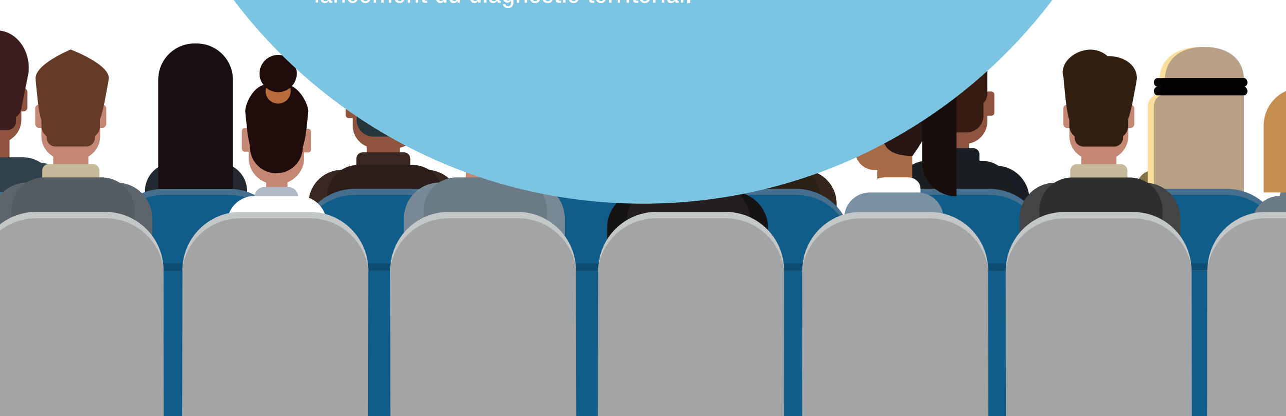
2.6 Animer la politique de santé dans les territoires

Des conférences de territoire aux conseils territoriaux de santé

La Loi de modernisation de notre système de santé publiée le 26 janvier 2016 prévoit une réorganisation des politiques territoriales de santé à travers la transformation des conférences de territoire en conseils territoriaux de santé (CTS). Cette modification s'assortit d'un nouveau découpage territorial qui distingue les territoires de démocratie sanitaire des territoires de planification. Le découpage régional en sept territoires de démocratie sanitaire a été arrêté le 27 octobre dernier par la directrice générale de l'ARS de Normandie, après avis notamment de la CRSA et des collectivités territoriales concernées. On notera, à ce propos, que les territoires de démocratie sanitaire correspondent aux anciens territoires de santé. Les dynamiques engagées dans certaines conférences de territoire, le début de reconnaissance dont elles font l'objet dans les territoires malgré la jeunesse de leur création, ont semble-t-il plaidé en faveur du maintien du découpage actuel. Par arrêtés du 29 décembre 2016, sept conseils territoriaux de santé ont donc vu le jour : le CTS de Rouen-Elbeuf, le CTS du Calvados, le CTS de Dieppe, le CTS de l'Orne, le CTS de la Manche, le CTS du Havre et le CTS d'Évreux-Vernon.

EXPÉRIMENTATION PAERPA

Dans le cadre du Pacte Territoire Santé 2, la ministre des Affaires Sociales et de la Santé a annoncé l'extension du dispositif PAERPA à un territoire dans chaque grande région. Ce dispositif a pour objectif de faciliter le parcours de santé des personnes âgées de 75 ans et plus et de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. En partant de ses besoins et de ceux de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, iatrogénie médicamenteuse, nutrition) et en optimisant la coordination des professionnels. La ministre a validé le 4 juillet 2016, la proposition de l'ARS de Normandie de mener cette expérimentation sur le territoire du Bessin et Pré-Bocage. La déléguée départementale du Calvados a été désignée chef de projet. La mise en œuvre du dispositif a été confiée au GCS « accompagner et soigner ensemble dans le Bessin et le Pré-bocage » compte tenu de son organisation en termes de réseau gérontologique. La gouvernance de ce dispositif s'appuie sur celle du dispositif MAIA. L'année 2016 a été consacrée au lancement du diagnostic territorial.



Conférence des financeurs	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime
Date d'installation	24 novembre 2016	21 novembre 2016	16 novembre 2016	14 décembre 2016	2 novembre 2015
Nombre de réunion	3	4	2	2	6

LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS

La conférence des financeurs est un dispositif important introduit par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, adoptée le 28 décembre 2015. Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. La conférence définit un plan d'action qui fixe les priorités des pouvoirs publics autour de 6 axes stratégiques (améliorer les grands déterminants de santé et de l'autonomie, prévenir les pertes d'autonomie évitables, éviter l'aggravation de situations déjà caractérisées par une incapacité, réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, former les professionnels, développer la recherche et les stratégies d'évaluation).

Pour exemple, la conférence des financeurs de la Manche a été installée le 16 novembre 2016. Outre le conseil départemental et l'ARS qui la co-président, elle comprend des représentants de l'inter-régime (CARSAT, MSA, RSI), de la CPAM, de la mutualité française, de l'ANAH, de l'union départementale des CCAS, du comité régional AGIRCC/ARCCO et de la caisse des dépôts. Au titre de 2016, la conférence a reçu une dotation de 1 249 000 € dont 270 000 € au titre du forfait autonomie des résidences autonomies. Pour le reste des crédits, elle a décidé de lancer en fin d'année un appel à projet relatif à la Lutte contre l'isolement des personnes âgées dans la Manche.



LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Le contrat local de santé, un outil d'appropriation et de déclinaison de la stratégie régionale de santé par les acteurs d'un territoire .

Les contrats locaux de santé (CLS) participent à la construction des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent la rencontre du projet régional de santé porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.
Institué par la Loi HPST de 2009 et conforté par la Loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, le CLS définit les fonctions de chacun des acteurs dans le domaine de la santé sur un territoire précis.

Par principe, il vise :

- À renforcer la cohérence des dispositifs des actions en santé en recherchant une meilleure coordination des acteurs ;
- À valoriser les actions existantes ;
- À être souple et adapté au territoire, en répondant aux besoins de proximité ;
- À s'appliquer à des zones prioritaires ou des populations cibles.

C'est la traduction au sein d'un dispositif opérationnel du pilotage décloisonné et territorialisé de la politique de santé.

Le CLS de la communauté d'agglomération des portes de l'Eure

Le 30 juin 2016, le président de la Communauté d'Agglomération des portes de l'Eure, le président du conseil département de l'Eure et la Directrice générale de l'ARS de Normandie ont signé un contrat local de santé portant sur la période 2016-2019.
Ce contrat identifie une trentaine d'actions autour de 5 axes stratégiques identifiés :

1. Renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé
2. Agir précocement
3. Améliorer le parcours de vie et de santé de la personne âgée
4. Améliorer le parcours de vie et de santé de la personne en situation de handicap
5. Promouvoir une santé mentale positive

Ces axes s'inscrivent dans l'objectif général de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé que poursuit le projet régional de santé. Le contrat s'attache plus particulièrement à apporter des réponses adaptées aux populations les plus précaires, tant en milieu rural isolé que dans les quartiers « politique de la ville ».



	CLS	Année de signature	Durée et perspectives
Calvados	Caen	2014	2013-2018
Eure	Evreux	2014	2014-2016 Réflexion en cours pour une nouvelle contractualisation
	CASE (Louviers, Val de Rueil)	2012	2012-2015 Renouvellement en cours – signature prévue fin 2017
	CAPE (Vernon)	2016	2016-2019 Réflexion en cours pour un élargissement aux nouveaux contours de l'EPCI
	Pont-Audemer	2014	2014-2016 Réflexion en cours pour une nouvelle contractualisation
Manche	Cherbourg	2014	2013-2018
Orne	Pays de l'Aigle et de la Marche	2013	2013-2018
	Pays du Perche ornais	2015	2015-2018
Seine-Maritime	Rouen		Organisation des assises sur la santé et la précarité (2 jours) et 1 comité de pilotage
	Saint-Etienne-du-Rouvray	2016	2016-2019
	Dieppe		1 réunion de bilan en partenariat avec les acteurs du territoire
	Communauté de communes des Villes Sœurs		Plusieurs réunions de travail et 1 comité de pilotage (CLS en cours de rédaction)
	Pôle d'équilibre territorial et rural du Pays de Bray		Au stade du diagnostic, recrutement d'un coordonnateur



SE DONNER
LES MOYENS D'AGIR

L'organigramme

Les ressources humaines

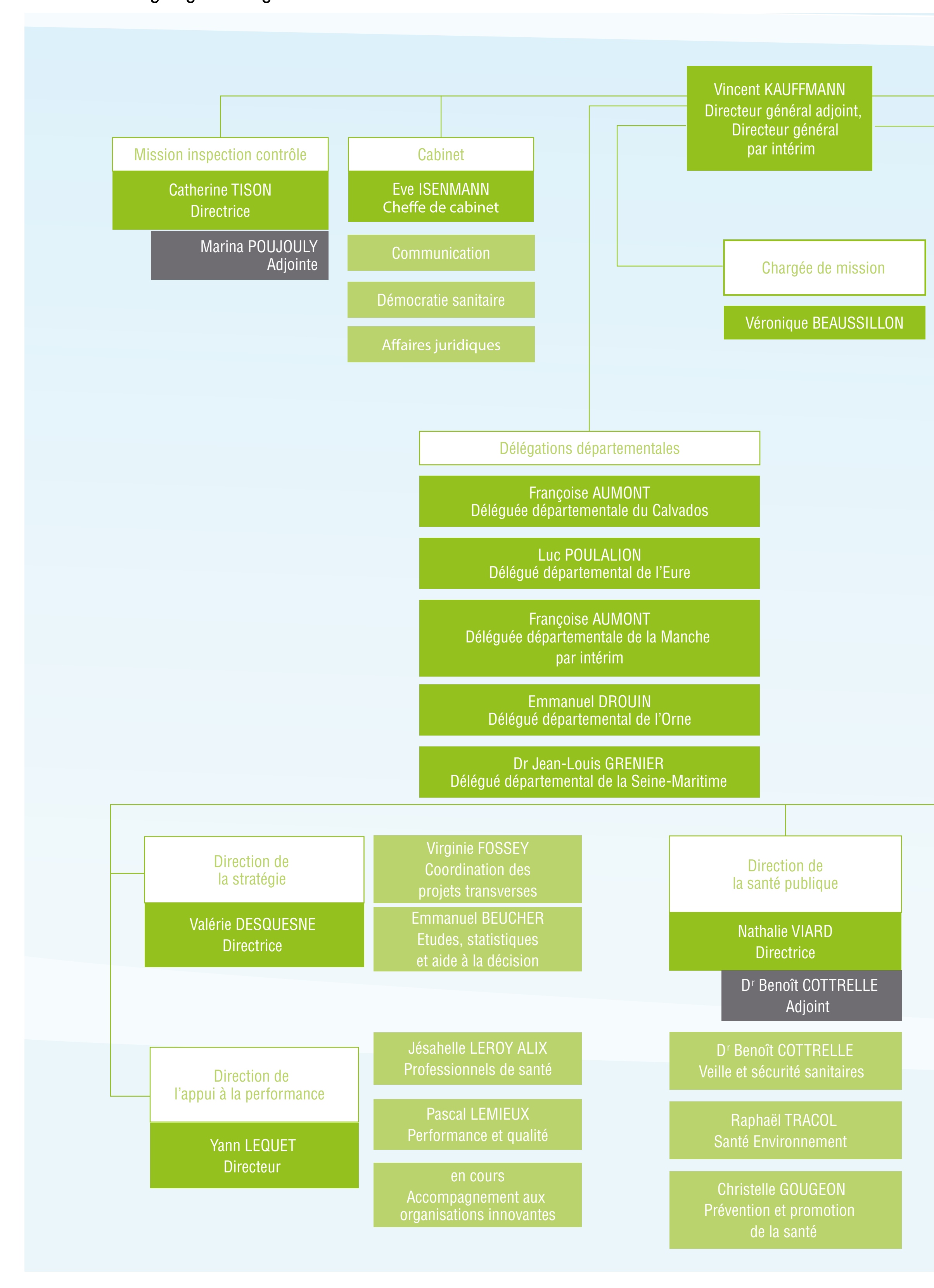
Le budget

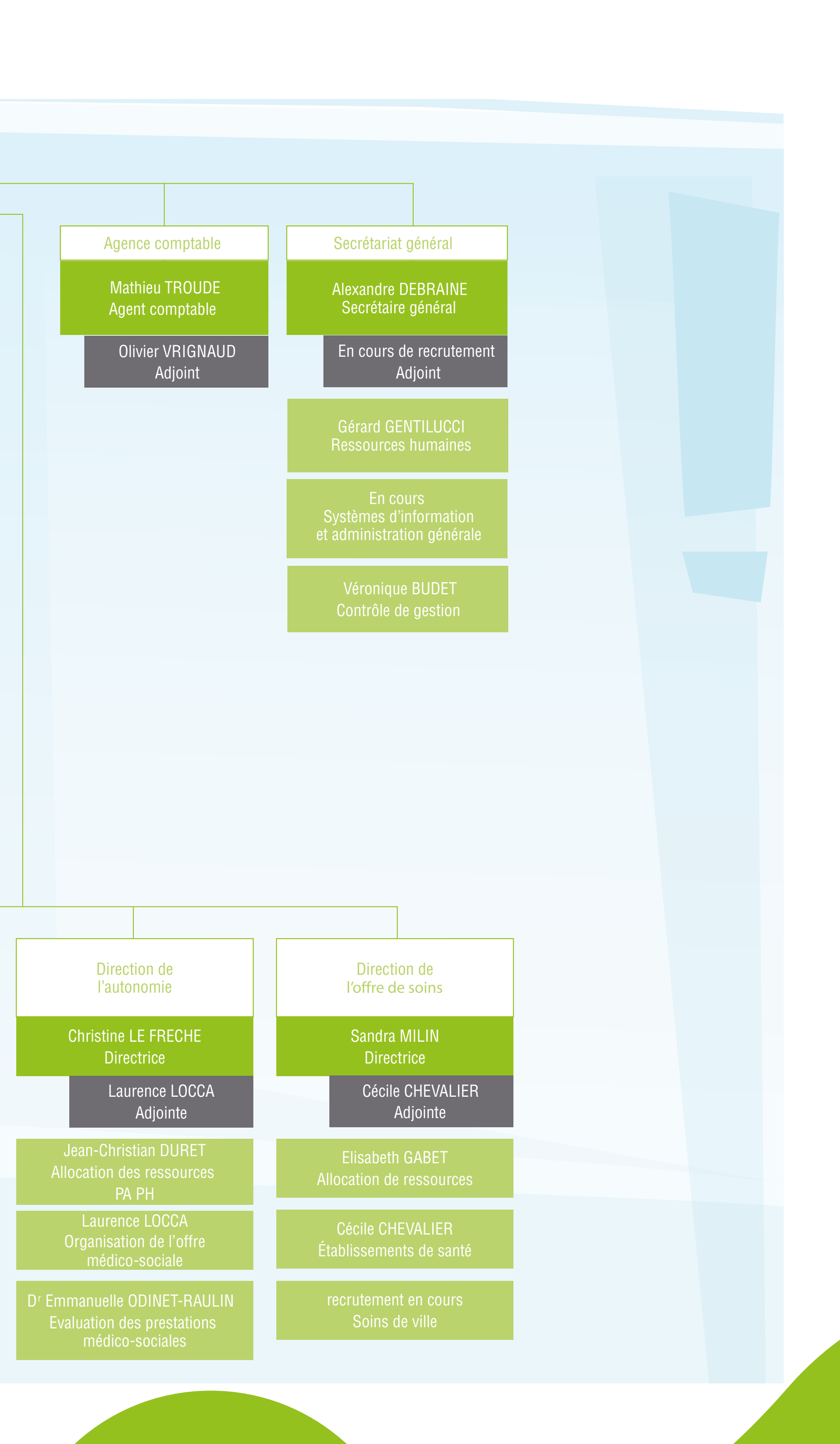
Le dialogue social



3.1 L'organigramme

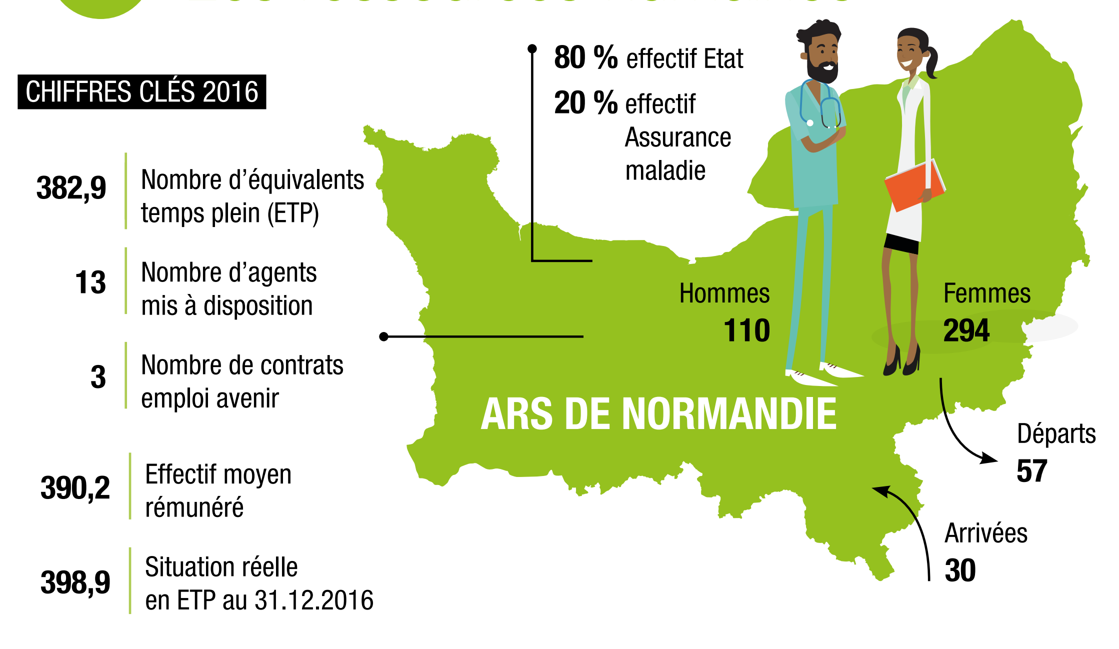
Organigramme général de l'ARS de Normandie au 31 décembre 2016





Agence comptable
Mathieu TROUDE
Agent comptable
Olivier VRIGNAUD
Adjoint
Secrétariat général
Alexandre DEBRAINE
Secrétaire général
En cours de recrutement
Adjoint
Gérard GENTILUCCI
Ressources humaines
En cours
Systèmes d'information
et administration générale
Véronique BUDET
Contrôle de gestion
Direction de
l'autonomie
Christine LE FRECHE
Directrice
Laurence LOCCA
Adjointe
Jean-Christian DURET
Allocation des ressources
PA PH
Laurence LOCCA
Organisation de l'offre
médico-sociale
Dr Emmanuelle ODINET-RAULIN
Evaluation des prestations
médico-sociales
Direction de
l'offre de soins
Sandra MILIN
Directrice
Cécile CHEVALIER
Adjointe
Elisabeth GABET
Allocation de ressources
Cécile CHEVALIER
Établissements de santé
recrutement en cours
Soins de ville

3.2 Les ressources humaines



La formation professionnelle

281 agents ont fait l'objet d'une action de formation en 2016.

	Nombre de stagiaires
Formations individuelles	55
Formations statutaires	9
Préparation à des concours	20
Formation offres communes transversales de la plateforme RH de la préfecture	64
Formation d'actions d'initiative régionale	431
Formation d'actions d'initiative nationale	51

La Prévention et la médecine du travail

La prévention des risques professionnels recouvre l'ensemble des dispositions à mettre en œuvre pour préserver la santé et la sécurité des salariés, améliorer les conditions de travail et tendre au bien-être au travail. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

Parmi les actions mises en place en 2016, on peut noter :

- Une formation relative au management à distance
- Une formation à la prévention des risques routiers
- La création d'une charte de bon usage de la messagerie
- Le développement des équipements de visio conférence

La médecine du travail est une médecine exclusivement préventive : elle a pour objet d'éviter toute altération de la santé des salariés, du fait de leur travail, notamment en surveillant leur état de santé, les conditions d'hygiène du travail et les risques de contagion. La médecine du travail bénéficie à tous les agents.

3.3 Le dialogue social

L'année 2016 fut une année transitoire pour les instances de l'ARS de Normandie. Durant plusieurs mois, les réunions conjointes des comités d'agence de l'ARS de Haute et Basse-Normandie ont favorisé l'installation progressive et structurée de nouvelles instances. Les membres du Comité d'Agence de l'ARS de Normandie se sont réunis le mardi 28 juin 2016 pour procéder à l'installation du nouveau CA élu le 16 juin 2016, point de départ des relations au sein d'instances de dialogue renouvelées au format normand.

Le Comité d'agence

Le Comité d'agence a pour mission d'examiner les questions relatives à l'organisation et aux conditions générales de fonctionnement de l'ARS, ainsi que les mesures relatives aux effectifs, aux conditions d'emploi et à la formation professionnelle. Il organise les activités sociales et culturelles à destination des agents et de leur famille.

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) contribue à l'amélioration des conditions de travail, à la protection de la santé physique et mentale et à la sécurité des agents de l'ARS, ainsi qu'à la promotion de la prévention des risques professionnels et propose à cet effet des actions de prévention.

Les délégués du personnel

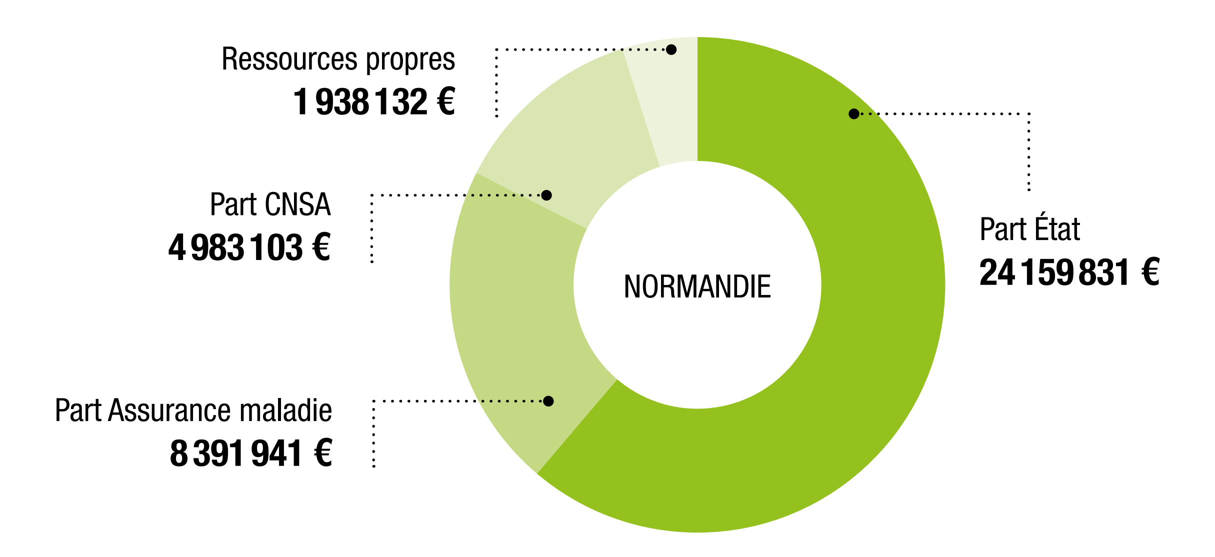
Les délégués du personnel rencontrent la Direction générale de l'ARS de Normandie à raison d'une fois par mois afin d'échanger notamment sur les conditions de travail, les modalités de rémunération, les évolutions d'organisation de l'agence.

NOMBRE DE RÉUNION	Comité d'agence	CHSCT
BASSE-NORMANDIE	3	2
HAUTE-NORMANDIE	3	2
NORMANDIE	4	2

3.4 Le budget de l'Agence

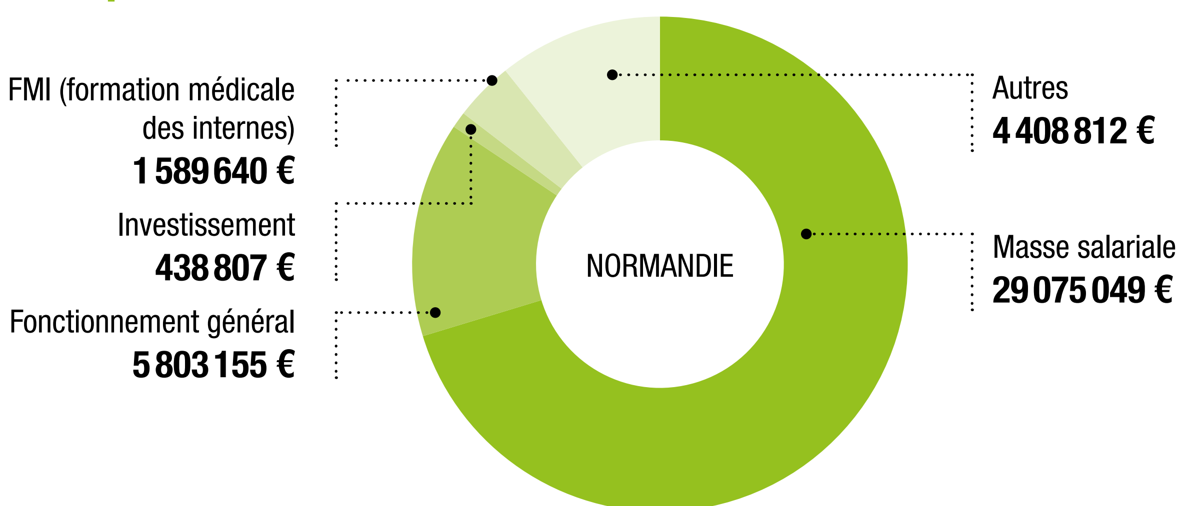
Recettes

Les ressources de l'ARS sont constituées de subventions versées annuellement par l'État et l'Assurance maladie et déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale auxquelles s'ajoutent les ressources propres de l'ARS. Celles-ci de sont élevées en 2016 à :



Il convient de préciser que l'évolution des moyens de fonctionnement de l'ARS fait l'objet d'une limitation pluriannuelle : le plafond d'emploi a ainsi été réduit de 4,3 ETP en Normandie en 2016.

Dépenses



3.5 Le contrôle de gestion

2016 a été marquée par la réforme Gestion budgétaire et comptable publique (GBCP) qui a pour effet majeur d'inscrire le budget dans une perspective pluriannuelle et de le désolidariser de la comptabilité générale.

Deux budgets rectificatifs ont été établis en cours d'année permettant de prendre en compte les évolutions du financement attribué à l'ARS.

Les tableaux de bord mensuels ont permis de suivre la consommation du budget et d'évaluer la projection annuelle en termes d'effectifs, de frais de personnel, de coût de fonctionnement et d'investissement.



Les systèmes d'information

Nombre d'interventions auprès des agents	**5313**
Parc de PC fixes et portables	**668**
Nombre de salles équipées en visioconférence de groupe	**10**
Nombre d'équipement de visioconférence mobile	**50**

Les projets marquants de 2016 sont :

- La mise en place de la Gestion électronique des documents (GED) visant à dématérialiser le courrier entrant :
  - 9540 courriers numérisés en 6 mois
  - 291 utilisateurs
- Le renouvellement de l'infrastructure informatique du site de Rouen pour de meilleures performances,
- Le renouvellement de la téléphonie fixe du site de Rouen,
- La généralisation des outils de réservation des véhicules et des salles sur les cinq sites de l'ARS,
- L'augmentation des capacités de stockage réparties entre les sites de Caen et Rouen.

3.7 La logistique

Des déménagements internes sur les sites de Caen et de Rouen ont été conduits dans le cadre de la réforme territoriale. Ils ont concerné toutes les directions de l'ARS.

Des nouveaux véhicules adaptés aux navettes intersites sont venus compléter la flotte existante. Une attention particulière a été portée à la prise en compte d'options de sécurité telles les alertes sur la pression des pneus et la mise en place de pneus hiver/été. Le parc automobile a désormais une moyenne d'âge de 3,4 ans.

Des travaux de réhabilitation du site de Rouen ont été entrepris afin d'améliorer les conditions de travail des agents. Les travaux majeurs ont porté sur l'accueil, les sanitaires et l'éclairage.

La reprographie a réalisé les documents demandés par l'ensemble des directions. Les supports de séminaires, rapports divers, supports de formation, supports de communication vers les partenaires extérieurs représentent un volume de 545 000 copies.



3.8 Les achats/ frais de déplacement

Le pôle Achats a pour mission de gérer les dépenses de fonctionnement et d'investissement de l'ARS, dans le respect de la réglementation des marchés publics.

Au quotidien, cela se traduit par la passation des commandes auprès des fournisseurs et le contrôle des livraisons (services-faits), pour mise en paiement des factures.

Par ailleurs, compte tenu du volume de dépenses de l'ARS sur certains sujets, il est nécessaire d'organiser des mises en concurrence selon les seuils des marchés publics, afin de renforcer la sécurité juridique de ces dépenses et d'instaurer des pratiques d'optimisation économique.

DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT DES DEMANDES D'ACHATS	NOMBRE DE BONS DE COMMANDE TRAITÉS	DÉLAI MOYEN DE CERTIFICATION	NOMBRE DE CONTRÔLES DE LIVRAISON TRAITÉS
4 jours	**930**	**29 jours**	**2 148**

Par ailleurs, la réforme territoriale a entraîné de nouveaux déplacements inter site en 2016. Ils ont généré une forte augmentation du nombre de déplacements. Ainsi, 2 476 notes de frais ont été traitées par le secrétariat général en 2016.





normandie.ars.sante.fr



@ars_normandie



Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille - CS 55035
14050 Caen Cedex 4



02 31 70 96 96



ars-normandie-contact@ars.sante.fr

Création Lecaux Communication - Impression : HandiPrint - Août 2017 - © Illustrations : ProStockStudio